

Artículo

Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad

Leocadio Martínez Almanza¹, Jesús Menéndez Jiménez², Elsy Cáceres Manso³, Moisés Baly Baly⁴, Enrique Vega García⁵ y Osvaldo Prieto Ramos⁶

Resumen

El presente documento se elaboró con un carácter exploratorio y descriptivo sobre los aspectos más relevantes del envejecimiento y la vejez; las tendencias aquí resumidas han representado un desafío para el presente y el futuro de Cuba y el mundo, el cual se ha intensificado como consecuencia en gran medida de las limitaciones estructurales y de los recursos actuales de varios países y regiones del universo. A esto se le ha adicionado la necesidad evidente e imperativa de conocer mejor la situación y las tendencias objetivas; no obstante, la clara tendencia de Cuba y el mundo al envejecimiento, y también el patrón de morbimortalidad cubano, han servido de base para estimular las proyecciones de las investigaciones, los servicios, los sistemas de información y para contribuir a la movilización de recursos y voluntades de los principales actores actuantes en este campo.

En la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años y la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas. En la Edad Media se consideraban como viejas a las personas de 25 años, en el siglo XVIII a las de 30 años, hace 100 años a las de 40 y hoy

se es joven a los 50 años de edad¹ (Organización de Naciones Unidas. Los peligros del impacto geriátrico se verán en una década. Información Diaria 1997 nov 3).

Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido de crecimiento para la población y que el siglo XXI será el de su en-

¹ Máster en Salud Ocupacional; Especialista de II Grado en Epidemiología; Profesor Auxiliar. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.

² Especialista de II Grado en Geriátrica y Gerontología. Profesor Instructor. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.

³ Licenciada en Información Científica y Técnica. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

⁴ Especialista de II Grado en Administración de Salud. Dirección Nacional de Adulto Mayor y Asistencia Social.

⁵ Especialista II Grado en Geriátrica y Gerontología. Profesor Instructor. Dirección Nacional de Adulto Mayor y Asistencia Social.

⁶ Especialista de II Grado en Geriátrica y Gerontología. Profesor Asistente. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.

vejecimiento. La era moderna se caracteriza no tanto por el aumento en el límite superior de la duración de la vida humana sino por un aumento en la proporción y el número de quiénes viven para acercarse a ese límite.^{2,3}

Ante esta realidad, la sociedad y las instituciones rectoras se enfrentan a la revolución de los servicios sociales; reto que impone la situación actual para mejorar la calidad de vida de este segmento poblacional en el planeta, con una concepción de integralidad y universalidad para el diseño armónico de las estrategias en el orden político, económico y social.

El problema del envejecimiento se examinó por primera vez en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. En aquel momento no era tan evidente que la población mundial envejecería de forma tan impresionante como sucedió en los decenios siguientes. En 1969, 20 años después, se reexaminó la situación, y finalmente se exhortó a la celebración de una Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas. Una nueva era para los envejecientes. Atacar la pobreza, impulsar la solidaridad, crear empleos. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social. Copenhague, Dinamarca: 1995 mar 6-12).

En agosto de 1982 la ONU organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con la finalidad de discutir el impacto del envejecimiento poblacional y promover las políticas que permitieran prever y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias que ese fenómeno acarrearía; estuvo constituida por los delegados de 124 estados miembros.⁴

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró recientemente a 1999 como el *Año Internacional de las Personas de Edad* y emitió una declaración donde exhorta a la sociedad internacional a facilitar la colaboración entre sectores y naciones y a crear una sociedad para todas las edades (Cáseres Manso E, Baly Baly M. El Ancia-

no. Indicadores Demográficos y de Salud. Análisis de información. CNICM. La Habana, 1998); además decidió que se celebrara en Cuba el *Día del Adulto Mayor* como actividad central latinoamericana de ese organismo este año.

Teniendo en cuenta estos factores, unido a la dinámica poblacional que ha venido presentándose en las últimas décadas en el mundo y en particular en Cuba, con evidencias de un rápido envejecimiento, se impone en los profesionales y técnicos de la salud la necesidad de obtener información actualizada de los aspectos más relevantes y las principales tendencias del envejecimiento y la vejez.

En cuanto al significado de este documento resalta el propósito complementario de identificar información cualitativa y cuantitativa disponible referente a la situación internacional y nacional sobre aspectos demográficos, sociales y del proceso salud-enfermedad, entre otros; para esto se obtuvo información de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud y de la Dirección Nacional de Adulto Mayor y Asistencia Social; así como de los fondos documentarios pertenecientes a la Organización Panamericana de la Salud, el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, la Oficina Nacional de Estadísticas, la Biblioteca Médica Nacional con las bases de datos MEDLINE y LILAC. Toda esta información fue procesada y reflejada en el presente documento.

El envejecimiento en el mundo

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras

cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas.⁵ Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un evento, tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas con las consecuencias que de esto se derivan.

Durante el siglo xx, en muchas regiones del mundo se ha observado una disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad perinatal e infantil, así como mejoras en la alimentación, la atención sanitaria y el control de muchas enfermedades infecciosas. La combinación de todos esos factores ha permitido que un mayor número y proporción de personas alcancen edades avanzadas.^{5,6}

En el presente siglo la esperanza de vida se ha incrementado significativamente: la mayoría de los países desarrollados muestran una esperanza de vida entre 75 y 79 años (Japón con 79 años es el de mayor índice), y en los países en desarrollo han ocurrido muchas variaciones.^{7,8} El sexo femenino evidencia una tendencia a mantener una mayor esperanza de vida que el sexo masculino.

Se ha definido el envejecimiento de la población como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada. Aunque las causas del envejecimiento de la población son en general las mismas en todos los países, a través del tiempo éstas han tenido un papel diferente en cada etapa.

No está claro todavía el orden de importancia de las causas del envejecimiento demográfico;^{5,7,9} no obstante, la disminución de la natalidad y la fecundidad es con mucho, la causa más importante; mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un factor de envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que

influye: los flujos migratorios tanto internos como externos pueden llevar a aumentar las proporciones de ancianos en una población determinada.

Se ha planteado que demográficamente, las poblaciones tienen sólo 2 alternativas, crecer o envejecer; este axioma a pesar de su veracidad, debe ser considerado con cautela sobre todo en el mundo moderno, porque a pesar de que la gran mayoría de los países envejece, existe todavía un crecimiento considerable de la población sobre todo en los países en desarrollo. No obstante, los esfuerzos sostenidos por el control del crecimiento de la población, traen como consecuencia directa su envejecimiento.

Según datos de las Naciones Unidas⁶ (Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 1993. New York: Prographics 1993), en 1950 existían en el mundo 200 000 000 de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 000 000. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 habrá alrededor de 600 000 000 de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el año 2025, por tanto, su importancia relativa pasará de 9,2 % en el primer año a 14,2 % en el último.

La población de 60 años y más crecerá en consecuencia a mayores tasas que la población total y a partir del año 2020 cada vez con mayor intensidad. De este modo, hoy es posible observar un crecimiento del orden de 2,4 en este grupo de población, contra 1,7 % que se advierte en el total de la población. Entre los años 1990 y 2010 la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad permanecerá constante, sin embargo a partir del año 2010, el crecimiento aumentará a 3,1 %; tasas de esta magnitud originarán que la población anciana se duplique cada 23 años.⁶

Una de las características relevantes de este proceso en el mundo es la rapidez con que se ha producido. Mientras que un

país como Francia necesitó casi 200 años para duplicar la población de 60 años y más, en uno como Cuba este mismo proceso ocurrió en menos de 40 años.⁵

Para muchos, todavía este fenómeno no es un problema del Tercer Mundo, sino algo propio del mundo desarrollado. En realidad, hace ya más de un decenio se reconoce lo contrario. En 1950 existía igual proporción de personas de edad que vivían en países desarrollados y en países en desarrollo, y se espera que para el año 2000, 2 de cada 3 ancianos vivan en las zonas menos favorecidas económicamente. En los próximos 40 años, 8 de los 11 países más envejecidos del mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo. Los pronósticos en relación con las tasas de crecimiento esperadas de la población general permiten asegurar que el porcentaje de la población anciana se duplicará en los próximos años en estos países.⁵

No existe un incremento homogéneo del envejecimiento en los diferentes países (tabla 1). Esta falta de homogeneidad se observa entre países desarrollados y en desarrollo, y también entre estos últimos⁶ (Banco Mundial. Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción de crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994). Existe un aumento mucho más acusado del envejecimiento en el Caribe (9,1 % de la población, mayor de 60 años), en América Latina (6,9 % de la población) o en Asia (7,6 % de la población); que en el caso de África cuya población mayor de 60 años sólo alcanza 5,9 % del total. Sin embargo si se comparan estos datos con otras regiones desarrolladas como Europa (16,8 % de la población) o América del Norte (19,1 % de la población), se pueden evaluar las diferencias que existen entre las regiones. Todas las investigaciones parecen indicar que estas tendencias en uno y otro sentido deben mantenerse al finalizar este siglo y en el inicio del próximo milenio.

La diversidad del proceso al nivel de los países en las diferentes áreas geográficas, también presenta particularidades. Por ejemplo: países como Barbados, Cuba, Argentina y Uruguay con más de 12 % de su población en la tercera edad, difieren considerablemente de otros como Haití, Bolivia y Guatemala que apenas llegan a 6 %. Sin embargo a pesar de lo diverso, el incremento absoluto y relativo de la proporción de ancianos es una realidad mundial.

Los problemas latentes de la deuda externa, el inadecuado orden económico actual y la falta de una integración económica eficaz, conducen a que el Tercer Mundo enfrente el envejecimiento de sus poblaciones con limitaciones extremas en relación con los recursos que disponen los países desarrollados para este desafío.

Por otra parte, esta transición demográfica^{5,9} en los países en desarrollo ha ocurrido muy rápido, lo que ha acentuado la dificultad de su manejo; ellos deben responder a una diversidad de prioridades y tienen grandes dificultades para cambiar, tan pronto, el orden de éstas. Los programas de control de la natalidad, con su consiguiente disminución y la aplicación de programas sociales y sanitarios en algunos de estos países, han permitido un envejecimiento demográfico que no se correlaciona con una mejoría espectacular de su situación socioeconómica.

El aumento galopante de la urbanización y la migración interna del campo a la ciudad de las generaciones más jóvenes en busca de mejores empleos y oportunidades, empeoran el cuadro y hacen que cambien las estructuras tradicionales de la familia y sus posibilidades. El resultado de éstos y otros factores están bien ilustrados en relación con los cuidados de la población anciana: lo que ancestralmente era brindado por la familia es sustituido por el estado y otras formas institucionales.

La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se le asocian sobre

TABLA 1. *Indicadores demográficos del mundo, regiones seleccionadas y Cuba. 1995-2000*

Indicador	América Latina y el Caribe		Países en desarrollo	Países desarrollados	Mundo
	Cuba ¹				
Tasa de mortalidad*	7,20	6,50	8,50	10,20	8,80
Tasa de natalidad*	12,70	23,90	26,50	12,20	23,70
Tasa de fecundidad (hijos/mujer)	1,44	2,83	3,28	1,77	2,97
Tasa de crecimiento poblacional*	3,60	16,70	17,80	3,20	14,90
% de personas con 60 años o más ²	12,30	7,60	8,50	21,20	10,70

¹ 1995; ² 1996 * tasa: x 1000 habitantes

Fuente: United Nations, 1995. World Population Prospects. The 1994. Revisión. Oficina Nacional de Estadística, 1997. Anuario Demográfico de Cuba, 1996.

los sistemas de salud son evidentes. Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos en cualquier país, lo que determina una preocupación especial aun en los países económicamente más poderosos.

La mayoría de los datos existentes en los diferentes países de la región son necesarios pero insuficientes para describir a fondo el perfil de salud de las personas de edad avanzada. Estos datos no pueden usarse para estudiar la prevalencia de las enfermedades importantes que son características entre las personas mayores, ni se les puede utilizar para comprender el tipo de atención médica y de salud que requieren y exigen, y la que en realidad reciben. Igualmente, estos datos son de valor limitado para extraer inferencias acerca de las relaciones entre los aspectos conductuales de los perfiles de riesgo y las condiciones de salud, o para explicar cómo estos factores afectan la prevalencia de discapacidades, o el punto hasta el cual las necesidades de las personas mayores están satisfechas.

El reconocimiento que se hace a las diferencias objetivas y señaladas entre el estado de salud y la asistencia social del mundo desarrollado y el de los países en desarrollo es un marcado paso de avance. Sin embargo, esta realidad aunque sea inaceptable, es sin dudas muy difícil de mo-

dificar bajo las condiciones actuales en que vive el planeta.

El envejecimiento poblacional en Cuba

La evolución de la población de Cuba ha tenido cambios significativos a lo largo de este siglo, fundamentalmente en los últimos 35 años (Oficina Nacional de Estadísticas: Anuario Demográfico 1996 y proyección de la población en Cuba, período 1995-2015. La Habana 1997). Alrededor de 1960, la población de Cuba era algo superior a los 7 000 000 de habitantes, en enero de 1996 arribó a los 11 000 000 y en el año 2000 debe ser casi superior a 11,1 000 000. Para el próximo siglo, cuando se cumplan sus primeros 2 decenios, la población alcanzará los 11,7 000 000 de habitantes, según las últimas proyecciones realizadas.

La dinámica poblacional que ha venido presentándose en las últimas décadas, evidencia la aparición de un proceso de envejecimiento (Oficina Nacional de Estadísticas: Base de datos demográficos. 1996), y las proyecciones de población revelan que para el año 2025 Cuba será el país más envejecido de la región.

En Cuba (tabla 2) las estadísticas continuas registran que hasta el 31 de diciembre de 1997, 13,1 % de la población

(1,4 000 000) está comprendida en el grupo de 60 años y más, el porcentaje de ancianas (51,4) es mayoritario dentro de este grupo, y según las proyecciones de población, se espera que en el año 2025, cuando casi 24,0 % de la población esté comprendida en este grupo, alrededor de 55,0 % sean mujeres. En general se observa una tendencia descendente en los hombres de cualquier población después de los 60 años, lo que indica la diferencia de los sobrevivientes por género, comportamiento asociado con la conocida sobremortalidad masculina (Oficina Nacional de Estadísticas: Anuario Demográfico 1996. La Habana 1997).

TABLA 2. Evolución de la estructura por edades de la población (%). Cuba, años seleccionados.

Fuentes / años	0-14	15-19	60 y más
1907 ¹	36,6	58,2	4,6
1919 ¹	42,3	52,9	4,8
1931 ¹	37,4	57,5	5,1
1943 ¹	35,5	58,9	5,6
1953 ¹	36,2	56,9	6,9
1970 ¹	36,9	54,0	9,1
1981 ¹	30,3	58,8	10,9
1991 ²	22,4	65,5	12,1
1995 ²	22,2	65,1	12,7
1996 ²	22,2	64,8	13,0
1997 ²	22,0	64,9	13,1

¹ Censo de Población y Viviendas.

² Sistema de Información Estadístico.

Fuente: ONE-CEPDE: Estudios y Datos sobre Población, 1998.

Para el año 2010 la población de 60 años y más alcanzará 16,5 % de la población de Cuba, 2 000 000 de habitantes; y para el año 2015 será de 18,4 % y sobrepasará en términos absolutos y relativos a la de 0 - 14 años, que no llegará a 17 % del total. En ese año la población presentará una edad mediana cercana a los 40 años, mientras que en la actualidad es de 31 (Oficina Nacional de Estadísticas. CEPDE. La po-

blación cubana en el contexto mundial. La Habana, Cuba, 1998).

En Cuba la esperanza de vida evolucionó de forma muy particular, caracterizada por los procesos en los que ha estado inmerso el país: en el año 1900 era de 33,2 años, en 1930 se elevó a 41,5 años, lo que representó un incremento de 8,3 años en ese período y en 1953 era de 58,8 años; esta evolución se hizo más evidente en las décadas ulteriores de tal manera que en 1971 era de 70,0 años y en 1987 fue de 74,4 años.¹⁰

El crecimiento de la población anciana en Cuba no ha sido homogéneo pues existe una mayor proporción de adultos mayores en las provincias occidentales y centrales respecto a las orientales, lo que responde a las diferencias en las tasas de fecundidad, entre otros factores, y son Villa Clara y Ciudad de La Habana las provincias más envejecidas del país con cifras superiores a 15 % de su población con 60 años y más.

La expectativa de vida a los 60 años en Cuba ha aumentado sensiblemente. En 1950 ésta era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a 20,5 años;¹¹ estos niveles de esperanza de vida de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. En especial se destaca la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos (tabla 3), que llega a los 19,5 años, frente a 21,1 para las mujeres (Oficina Nacional de Estadísticas: Anuario Demográfico 1996. La Habana, 1997).

TABLA 3. Esperanza de vida en años a edades seleccionadas por sexo en Cuba, 1989.

Edad	Ambos sexos	Masculino	Femenino
60	20,65	19,60	21,81
65	16,95	16,00	17,93
70	13,45	12,70	14,28
75	10,37	9,77	11,03
80	7,89	7,40	8,43
85	5,68	5,36	6,05

Fuente: Rojas Ochoa F. Estado de Salud de la Tercera Edad, 1993.

El aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado el aumento de los llamados "viejos-viejos" (tabla 3), con sus implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales; estas cifras son comparables con las observadas en algunos países desarrollados. Hoy la expectativa de vida de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7,6 años.

En un país con este grado de envejecimiento, se producen cambios importantes sobre los procesos sociales y de salud, en especial la morbilidad, la mortalidad, la discapacidad y el uso de los servicios de salud.^{12,13} Esto requerirá de nuevos conocimientos, así como de la identificación de factores que contribuyan a preservar los niveles de salud de las personas de edad, con vistas a incrementar su bienestar.

Otra dimensión importante del problema del envejecimiento, está constituida por la seguridad social, los recursos laborales y la estructura de la población económicamente activa (PEA). Interesante y complejo resulta sin dudas el hecho de que en el nivel global, la PEA de Cuba incrementará en forma notable su edad mediana, para llegar cerca de los 42 años en el año 2015. En cuanto a la seguridad y asistencia social, el impacto será mayor, dado por varios factores; entre ellos el más importante es sin dudas su cobertura universal y la atención que, a cargo del presupuesto del estado, se da a las necesidades de la población y al pago de subvenciones temporales y jubilación (Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Oficina Nacional de Estadística: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No Transmisibles. 1995). En este contexto, a finales de los años ochenta y principio de los noventa, aparece una característica particular en la situación económica de Cuba, conocida como "período especial", por causa fundamentalmente de factores externos asociados con la desaparición del campo

socialista europeo, principal área de intercambio comercial. El impacto de este fenómeno ha sido significativo, pues disminuyó los niveles de vida de la población, junto con el de los adultos mayores.

El aumento del volumen del número de los adultos mayores es motivo de especial preocupación para muchos países. Factores que se enmarcan en los modos, estilos y conductas, como el hábito de fumar, consumo de alcohol, nutrición, práctica de ejercicios, educación recibida, etc., tienen gran importancia no sólo desde el punto de vista de las enfermedades, sino también en relación con los procesos naturales del envejecimiento; todo ello conforma e interviene en el estado de salud de los ancianos.

Principales desviaciones de la salud de las personas de 60 años y más en Cuba

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles realizada en Cuba en 1995, se reportaron cifras interesantes sobre los hábitos tóxicos y las enfermedades no transmisibles en las personas de 60 años y más. En relación con el hábito de fumar, se estimó que alrededor de 35,0 % de los adultos mayores fuma y los alcohólicos se encuentran en proporción inferior a 1,0 %; al sumar las cifras de nuevos hipertensos e hipertensos conocidos, se encontró que casi 60,0 % padece hipertensión arterial, 51,0 % son sedentarios sin actividad adicional y existe una mayor proporción de adultos mayores con sobrepeso que con deficiencia energética corporal (Comité Estatal de Estadísticas: Encuesta Nacional de personas de 60 años y más. 1989).

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en condiciones de mantenerse libre de discapacidad, una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o

institucionalización muchas veces por el resto de sus vidas. En comparación con los jóvenes, las personas de edad sufren proporcionalmente más enfermedades crónicas y utilizan más los servicios sociales y de salud; pero la proporción en que lo hacen resulta afectada, más que en cualquier otro grupo, por la discapacidad; ésta puede representar entre 20 y 30 % de las personas mayores de 85 años.¹⁴

En la Encuesta Nacional sobre personas de 60 años y más, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en Cuba en 1985, se obtuvo que 69,6 % de los encuestados padecían, al menos, de una enfermedad crónica y 13,9 % alguna alteración de los sentidos. En el estado de la audición, con o sin audífonos, la mayoría de los adultos mayores clasificaron con audición buena o regular. La visión "con o sin lentes" fue regular o buena para 80,9 %.

Como se puede observar en la tabla 4, sobre prevalencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) dispensarizadas; la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, seguida de Diabetes Mellitus y de la cardiopatía isquémica. En Cuba se han realizado varias investigaciones para evaluar la morbilidad de los mayores de 60 años; hay varios estudios locales que recogen cifras de prevalencia cercanas a las tasas nacionales^{15,16} (Chinique L: Prevalencia de enfermedades crónicas en ancianos de un área de salud. Trabajo de Terminación de Resi-

dencia, La Habana, 1989; Muñiz P: Morbilidad por enfermedades crónicas en ancianos de un consultorio del médico de familia. Trabajo de Terminación de Residencia, La Habana, 1990).

En la morbilidad por enfermedades transmisibles seleccionadas (tabla 5) se observa incremento en el riesgo de consultar (diferencia $20,4 \times 10^5$ con respecto al año anterior) y morir por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), a expensas fundamentalmente de las provincias La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas y Villa Clara; este riesgo disminuye en la Tuberculosis (TB) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA); no obstante, las provincias Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y el municipio Isla de la Juventud incrementan la probabilidad de enfermar por TB y Pinar del Río, Villa Clara y Camagüey, entre otras, la de morir por esta causa.

En los ancianos tienen gran repercusión las infecciones respiratorias. Entre los cubanos se reportaron tasas de mortalidad de 228,9 en el año 1995 y 283,8 (por 10^5 habitantes) en el año 1996 en personas de 60 años y más que sufrieron de infección respiratoria aguda (tabla 6); la influenza y neumonía (tabla 7) presentaron tasas de 227,9 en el año 1995 y 282,2 en el año 1996 (por 10^5 habitantes), y la tuberculosis tuvo una tasa de mortalidad de 4,6 por 10^5 habitantes en 1996. En Cuba la enfermedad diarreica aguda (tabla 6) afectó a la pobla-

TABLA 4. Prevalencia de enfermedades no trasmisibles dispensarizadas

Edad (años)	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Cardiopatía isquémica	Enfermedad cerebrovascular
60-64	86,17	264,0	70,01	13,34
65 y más	73,42	201,3	77,71	16,07

Tasa X 1000 habitantes de 60 años y más.

Fuente: Anuario Estadístico MINSAP, 1996.

ción cubana de la forma siguiente: en el año 1989 se reportó una tasa de mortalidad entre los ancianos de 25,0, en el año 1995 de 34,9, en 1996 de 31,3 y en 1998 de 23,6 (por 10⁵ habitantes).

TABLA 5. *Morbimortalidad por enfermedades transmisibles seleccionadas, 1998.*

Variables	IRA	EDA	TB
Morbilidad	308,7 ¹	64,7 ¹	23,5
Mortalidad	319,0 ²	23,6 ²	3,5

¹ Tasa x 1000 habitantes de 60 años y más. ² Tasa x 100000 habitantes de 60 años y más.

Fuente: Dirección de Estadística MINSAP, 1998.

Las infecciones han dejado de figurar entre las primeras causas de muerte; no obstante, las enfermedades infecciosas han sido, a lo largo de la historia, una de las causas principales de muerte en el hombre¹⁷ (Puchkoff Lastres L. Infecciones en pacientes de la tercera edad ingresados en el CITED. Trabajo de Terminación de Maestría. La Habana, 1995).

Entre los factores de riesgo que influyen en la incidencia de la neumonía se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y la presencia de enfermedades concomitantes.¹⁸ La población de 60 años y más está expuesta a un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa y constituye además, el asiento principal de esta enfermedad.^{19,20}

TABLA 6. *Mortalidad por otras causas seleccionadas en personas de 60 años y más. Cuba, 1989-1998.*

Años	Causas seleccionadas (tasas x 10 ⁵)			
	IRA	EDA	Accidente	Suicidio
1989	163,8	12,3	137,7	46,3
1990	210,8	18,8	149,4	50,2
1991	221,9	22,6	158,6	47,7
1992	236,5	25,6	180,4	54,4
1993	283,8	42,8	184,4	62,2
1994	291,4	42,6	179,0	58,2
1995	228,9	34,9	193,1	51,4
1996	283,8	31,2	197,2	47,1
1997	314,1	26,2	186,1	47,9
1998*	319,0	23,6	186,2	51,2

* Datos preliminares.

Fuente: Dirección de Estadística MINSAP. Enero, 1999.

Las tasas de mortalidad y morbilidad aumentan con la edad, y en los ancianos son más altas en los hombres que en las mujeres. Las tasas de morbilidad también son más elevadas, en general, en las ciudades que en las zonas rurales.

La diarrea es un problema común en la ancianidad que puede tener resultados adversos; se señalan la deshidratación y las infecciones entre los factores que probadamente pueden influir en la morbilidad de la depresión geriátrica.²¹

Quizás el factor de riesgo más importante para padecer diarrea en el adulto mayor sea el residir en un asilo u otra institu-

TABLA 7. *Principales causas de muerte en personas de 60 años y más. Cuba, años 1989, 1995-1998.*

Causa	Tasa				
	1989	1995	1996	1997	1998
Cardiopatía isquémica	1198,8	1122,5	1146,2	1073,5	1056,9
Tumores malignos	773,3	774,6	798,6	778,3	798,4
ECV	476,3	477,3	415,6	458,7	461,3
Influenza y neumonía	235,6	227,9	282,2	312,0	283,5
Fractura de cadera	84,3	103,4	151,6	123,7	124,5

Tasa X 100000 habitantes de 60 años y más.

Fuente: Anuario Estadístico MINSAP, 1996. Dirección de Estadística MINSAP, 1998.

ción; no existen dudas acerca del hecho de que estos ancianos poseen la más alta incidencia de enfermedad diarreica. En las instituciones de este tipo ocurren frecuentes brotes de la enfermedad que pueden tener como resultado una mortalidad significativa.²¹

En general se apreció una tendencia algo ascendente de la mortalidad en las personas de 60 años y más (tabla 8); también se produjo un discreto incremento en el año 1998 (tasa $40,9 \times 10^3$) comparado con el año anterior (diferencia $0,2 \times 10^3$) a expensas del grupo de edades entre 60 a 75 años, fundamentalmente en las provincias La Habana, Cienfuegos y Villa Clara y descendió en las provincias orientales desde Ciego de Ávila hasta Santiago de Cuba, excepto Camagüey. Debe destacarse que del total de fallecidos ocurridos en 1997, 74,8 % correspondió a las personas de 60 años y más y al comparar esta proporción con la acaecida en 1980 se apreció un incremento de 7,8 %.

En el análisis de la mortalidad por causas seleccionadas de las enfermedades crónicas no transmisibles, se presenta un incremento con respecto al año anterior en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tasa $109,1 \times 10^5$ en 1998, diferencia $14,6 \times 10^5$ a expensas de las provincias Pinar del Río, Villa Clara, Cienfuegos y Sancti Spíritus; también se incrementa (tabla 7) el riesgo de muerte por Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) y disminuye este evento en la Diabetes (tasa de 93,4 en 1998 contra $109,2 \times 10^5$ en 1997) y la cardiopatía isquémica; no obstante, esta última continúa como la primera causa de muerte para la población de Cuba y el mundo; para las personas de 60 años y más, también posee este comportamiento y se incrementa con la edad. La frecuencia de muerte por ese motivo es mayor en los hombres que en las mujeres.

El cáncer (tabla 7) es la segunda causa de muerte de los ancianos y aumenta con

la edad hasta los 80 años aproximadamente y a partir de esta edad es responsable de manera proporcional, de menos causas de fallecimiento que a edades más jóvenes.^{7,8, 22, 23}

De forma general las tasas de muerte por edad para las neoplasias se han elevado de 30 a 50 % entre los hombres desde el año 1950 y han disminuido en 10 % entre las mujeres.⁸ En Cuba las tasas de defunción por tumores malignos fueron de 774,6 en el año 1995 y 798,6 en el año 1996 (por 10^5 habitantes) para las personas de 60 años y más y el pulmón fue el órgano más afectado (Dirección Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública. Indicadores de salud en la población de la tercera edad, 1998; Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos, 1996; Anuario Estadístico, 1996).

Constituyen un capítulo de importancia otras desviaciones de la salud: como son las fracturas de cadera (tabla 7), los suicidios y los accidentes, (tabla 6). Estas 3 desviaciones incrementaron la probabilidad de muerte en 1998.

En Cuba, la mortalidad en los ancianos por causa de accidentes ascendió a 193,1 en 1995 y 197,4 en el año 1996 (tasa por 10^5 habitantes).

Los accidentes en el hogar afectan predominantemente a los niños y los ancianos, quienes constituyen grupos vulnerables con alto riesgo de padecerlos; en estos últimos, las caídas son las que ocurren con más frecuencia.²⁴

Después de las caídas son los incendios los que causan más estragos en la población anciana. Elder²⁵ publicó un artículo donde escribió sus experiencias sobre los incendios accidentales y el fallecimiento por quemaduras de los ancianos, en Escocia, de 1980 a 1990. En este trabajo refirió que de 1 096 personas fallecidas en los incendios, 243 (23 %) eran ancianos de 75 años o más y como factor desen-

TABLA 8. Mortalidad de 60 años y más de edad. Cuba, 1993-1998.

Edades	1989	1993	1995	1996	1997	1998
60 y más	38,6	46,3	41,6	43,0	40,7	40,9
60-64	13,4	14,2	12,6	13,2	12,3	13,8
65-69	22,2	21,4	20,4	21,1	19,8	20,8
70-74	29,1	36,3	32,5	33,2	32,0	32,5
75 y más	81,1	91,7	90,2	94,7	90,9	84,3

Tasa x 1000 habitantes de 60 años y más.

* Datos preliminares.

Fuente: Dirección de Estadística MINSAP, 1998.

cadena culpó, en primer lugar, a los desperfectos o errores en el uso de los equipos electrodomésticos.

Las caídas son consideradas por muchos como una de las causas más frecuentes de muerte accidental en el anciano; Gutiérrez Robledo²⁶, entre ellos, señala que cerca de 25 % de los ancianos que se caen en sus casas sufren lesiones graves.

En Cuba hay 2 trabajos realizados en fecha reciente. En el año 1996, Gómez estudió el riesgo de caídas en ancianos residentes en el Consejo Popular "Los Sitios", para esto tomó en cuenta aspectos relacionados con variables sociodemográficas. Un año después, en 1997, Rodríguez Rivas validó los resultados obtenidos por Gómez y utilizó para ello el Examen Periódico de Salud (Gómez A. Riesgo de caídas en ancianos en cuatro consultorios del Consejo Popular Los Sitios. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de La Habana, 1996; Rodríguez R. Validación del riesgo de caídas en ancianos del Consejo Popular de Los Sitios. Trabajo de Terminación de Maestría. Ciudad de La Habana, 1997).

Las fracturas del húmero, la muñeca, la pelvis y la cadera son consideradas fracturas relacionadas con la edad, que usualmente se producen por los efectos combinados de una caída y la osteoporosis.²⁷

La incidencia de la fractura de cadera en el nivel mundial es muy variable. Sudáfrica informó 5,6; España 27; Hong

Kong 31,54; Inglaterra 43; Suiza 69,6; EE.UU. 80; Japón 29,2 para los hombres y 84,0 para las mujeres (tasa por 100 000 habitantes en todos los casos).²⁸

Algunos estudiosos del tema pronostican que el número de fracturas de cadera en los ancianos será el doble o el triple para el año 2050, otros afirman que este duplo o triplo ocurrirá en los próximos 20 años.²⁸

La tasa general de mortalidad para el año posterior a la fractura, en la actualidad, fluctúa entre 14 y 36 %, la mayoría de los autores coinciden en que el mayor riesgo de muerte ocurre dentro de los primeros 4 a 6 meses que suceden a la ocurrencia de la fractura. Después del primer año, el índice de mortalidad se asemeja al de la población anciana que no ha sufrido fracturas.²⁸

En Cuba (tabla 7) se reportaron cifras de 84,3 para el año 1989 y 124,5 para 1998 como las tasas de mortalidad por fractura de cadera en la población anciana (por 10⁵ habitantes). Los suicidios constituyen causas externas de tipo intencional; legalmente se definen como un acto intencional de autodestrucción cometido por alguien que conoce qué está haciendo y las probables consecuencias de su acción.²⁹

Mesa³⁰ plantea que existe un axioma con plena vigencia en la epidemiología de las conductas suicidas: en la medida en que avanza la edad existe un mayor riesgo de suicidio. La problemática del suicidio en

la vejez es muy compleja, y en el presente siglo se han evidenciado 2 hechos interesantes. Primero, se ha operado un progresivo desplazamiento entre edad y conducta suicida; si entre los años 1900 y 1920 prevalecía el suicidio entre la gente muy joven (de 15 a 25 años), en la década de los treinta la mayor tasa estaba entre los 25 y los 40 años; en 1950, entre los 40 y 50 años, y la tendencia se ha mantenido hasta hoy como una constante. El segundo hecho se refiere al factor motivación del suicidio. En los últimos 30 años la motivación aparente más invocada es el hastío hacia la vida, lo cual contrasta notablemente con las motivaciones que se daban en otras épocas: infidelidades amorosas, problemas económicos, vivencias de deshonor, etcétera.³⁰

En Cuba (tabla 6) el suicidio presentó una tasa de 46,3 en el año 1989 y 51,2 en 1998 para ambos sexos, y elevó su tasa con respecto al año 1997 en $3,3 \times 10^5$ a expensas de Villa Clara, Ciego de Ávila, Isla de la Juventud y Matanzas.

Las enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento tienen una base degenerativa en la que intervienen múltiples factores, y la mayoría ya están establecidas al arribar el individuo a los 60 años, encontrándose éstas entre las principales causas de morbimortalidad en un país que, como Cuba, se encuentra en una etapa avanzada de la transición epidemiológica.

En muchos casos llega a ser más importante conocer la capacidad del adulto mayor para manejarse en la vida diaria, que la morbilidad crónica y el grado de asistencia que pueda necesitar para hacerlo, aunque sea a un nivel de actividad reducido.

Algunos de los resultados de la Encuesta Nacional sobre personas de 60 años y más pueden apreciarse en la tabla 9. Con respecto a las actividades de la vida diaria, las que en menor porcentaje se pueden rea-

lizar sin ayuda son: salir lejos de la casa y subir escaleras, ambas se mantienen por encima de 76 %. Por otro lado, las actividades cuya realización sin ayuda permiten que el adulto mayor se mantenga por un período de 8-10 h solo en su hogar, como son comer sus alimentos (si se los dejan preparados), tomar medicinas, vestirse, bañarse o usar el servicio a tiempo, están todas por encima de 93 %.

Se deduce que la interacción de los variados trastornos de salud con la elevada tendencia a desarrollar discapacidad, son los atributos que definen la morbilidad de los ancianos.

La prevalencia de discapacidad^{31,32} se incrementa poco a poco con la edad, aunque la mayor parte de los adultos mayores son independientes y activos. La discapacidad afecta más a las mujeres que a los hombres, por lo que los hombres tienen una esperanza de vida más corta pero más activa. Esto implica que, al aumentar la proporción de mujeres con la edad, la discapacidad aumente notablemente.

El anciano se caracteriza por presentar múltiples problemas coincidentes, que pueden causar desórdenes en varios órganos y sistemas, y que a su vez pueden tener variadas causas; la pérdida de independencia es el resultado común de muchos de estos trastornos de salud. En muchas personas mayores, la disminución de la reserva funcional no se manifiesta hasta que el individuo no está bajo estrés. La mayoría de ellas tienen una función más vulnerable que otras, y por causa de este fenómeno, algunas enfermedades como la neumonía o la sepsis urinaria pueden presentarse como confusión, incontinencia o trastornos del equilibrio y de la marcha.

La declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento individual, la reducción resultante de la esperanza de vida activa y saludable, la reduc-

TABLA 9. Realización de actividades de la vida diaria.

Actividad	Incapaz	Con ayuda	Sin ayuda
Salir lejos de la casa	2,33	21,41	76,06
Salir cerca de la casa	1,23	8,88	89,74
Prepararse los alimentos	2,58	10,14	87,05
Hacer labores caseras	3,17	9,42	87,20
Tomar las medicinas	0,56	5,82	93,46
Comer sus alimentos	0,28	2,05	97,35
Vestirse o desvestirse solo	0,30	3,20	96,38
Subir escaleras	3,86	18,43	77,37
Bañarse o lavarse solo	0,40	3,82	95,67
Uso de servicio sanitario	0,39	2,96	96,42

Tasa X 100 encuestados.

Fuente: Encuesta Nacional sobre personas de 60 años y más, 1985.

ción o cesación completa de participación en la vida laboral y la mayor dependencia de transferencias de ingresos de fuentes públicas y privadas, determinan que el crecimiento de la población más vieja debe conducir a una creciente demanda de servicios de atención de salud. Dado que la mayoría de las condiciones de salud de las personas mayores son crónicas en vez de agudas, y progresivas en lugar de regresivas, esta demanda también podría implicar un marcado aumento de los costos de atención de la salud.

Conclusiones

Las personas de edad como grupo son los de más rápido crecimiento de la población. Se prevé que en un futuro cercano, 1 de cada 4 cubanos tenga 60 años o más, y para el año 2015 sobrepasarán a los menores de 15 años. Son los que aportan a proporción el mayor porcentaje a las estadísticas de morbilidad y mortalidad en Cuba, a pesar de ser hoy 13,1 % de la población total, y son más dependientes funcionalmente que los grupos más jóvenes.

Referencias bibliográficas

1. Fajardo Ortiz G. Tercera edad. Adulto mayor. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIESS, OPS, OMS, 1995:1-11.
2. Rojas Ochoa F. Estado de salud en la tercera edad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1993:40.
3. García de Jalón P. Envejecimiento: hechos más resaltables que lo determinan. An Real Acad Farm 1996;62(4):565-601.
4. Quintero G, Pérez R, Manresa JA, Devesa E. Algunos aspectos higiénicos sociales de la Gerontología. Rev Cubana Adm Salud 1984;10(3):243-50.
5. Prieto Ramos O, Vega García E. Temas de gerontología. La Habana: Editorial Científico - Técnica, 1996:15-29
6. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, DF: CIRSS, OPS, OMS, 1995:13-33.
7. Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y El Caribe. En: Anzola Pérez L. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:3-18 (Publicación Científica; 546).

8. Kinsella K, Taeuber CM. An aging world II. Washington: US Department of Commerce, 1993. (International Population Report P95/92-3).
9. Gutiérrez Robledo LM. Características biopsico-sociales de nuestros ancianos. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIESS, OPS, OMS, 1995: 105-119.
10. Rocabrano Mederos JC, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:45-50.
11. Prieto O, Vega E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana, 1996:3-9.
12. White LV. Geriatric epidemiology. *Ann Rev Gerontol Geriatr* 1987;8:215-311.
13. Davies AM. Epidemiology and services for the aged, in: the challenge of aging societies. *Pub Health Reports* 1988;103:515-520.
14. Tavares A. Enfermedades mentales. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:172-9. (Publicación Científica; 546).
15. Pons P, Aldana M, Rodríguez M, Cruz D, Morales L. Principales problemas en medicina preventiva geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1986;2(2):5-12.
16. Pons P, Vega MJ, Rocabrano JC, Rodríguez M, Hernández M, Carmona M. Conocimientos acerca del estilo de vida y de los principales problemas de salud de los longevos y centenarios. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1988;2(4):5-17
17. Rivera Casado JM. Principios básicos sobre las infecciones en patología geriátrica. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Patología infecciosa en geriatría. Madrid: Editores Médicos, 1992:10-23. (Clínicas Geriátricas;8).
18. Delgado Gamero A. Enfermedades respiratorias. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:214-23. (Publicación Científica; 546).
19. Espósito AL, Gleckman RA. Tuberculosis pulmonar. En: Walshe TM. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990:99-103.
20. Caso Pita MC. Tuberculosis en el anciano. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Patología infecciosa en geriatría. Madrid: Editores Médicos, 1992:108-117 (Clínicas Geriátricas; 8).
21. Bennett RG, Greenough WB. Approach to acute diarrhea in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22(3):517-33.
22. Velkoff VA, Kinsella K. Aging in eastern Europe an the former Soviet Union. Washington: US Department of Commerce, 1993. (International Population Report P95/93-1).
23. Organización Panamericana de la Salud. Vol II: Las condiciones de salud en las Américas. Washington DC; 1994:140-153. (Publicación Científica; 549).
24. Accidents claim 96000 lives, but rate declining for some types. *JAMA* 1989;262(16):2195.
25. Elder AT, Aquires R, Busuttill A. Fire fatalities in elderly people (Abstract). *Age Aging* 1996;25(3):214-6.
26. Gutiérrez Robledo LM. Caídas. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS, 1994:156-8. (Publicación Científica; 546).
27. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320(16):1055-9.
28. Zuckerman JD, Schon LC. Hip fractures. En: Zuckerman JD, ed. *Comprehensive care of orthopedic injuries in the elderly*. Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1990:23-111.
29. Whitfield W, Southern DA. The prevention of suicide: some practical steps. *J Roy Soc Health* 1996;116(5):295-8.
30. Mesa PJ. El suicidio en la vejez. En: Buendía J, comp. *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España, 1994:219-33.
31. Guralnik IM, Simonsick EM. Physical disability in older americans. *J Gerontol*, 1993;48(Special issue):3-12.
32. Picavet HJS, Van Den Bos AM. Comparing survey data on functional disability: impact of some methodological differences. *J Epidemiology and Comunitary Health* 1996;50:86-93.

Recibido: 3 de febrero de 1999

Aprobado: 10 de febrero de 1999.

Dr. *Leocadio Martínez Almanza*. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED). Calle G y 27, Plaza, La Habana. CP 104000.

E-mail: *cited@infomed.sld.cu*