

## Sección informativa

### Programa de atención al adulto mayor en Cuba

El envejecimiento mundial se ha ido acelerando desde 1980 en que existían 550 000 000 de adultos mayores, con una perspectiva demográfica de 1 250 000 000 en el año 2025.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional, constituye una preocupación en los años futuros.

El primer programa de atención al adulto mayor surge en el año 1974 y en 1985 se incorpora la variante de atención del médico de la familia y su equipo de trabajo. Actualmente las necesidades y demandas de este grupo asumen categorías superiores; esto hace que las respuestas tradicionales resulten insuficientes.

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas las premisas en este programa, asegurándose además la participación activa de la familia, la comunidad y el propio adulto mayor como protagonista.

Este programa, además de ofrecer una aglutinación en favor del adulto mayor, se aplica en todos los niveles de atención e incluye no sólo la salud, sino la seguridad social, los deportes, la cultura, la legislación y otros.

#### *Propósitos del Programa*

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

#### *Objetivos específicos*

Como objetivos específicos se propusieron:

- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver las necesidades socioeconómicas, psicológicas y biomédicas de los adultos mayores en ese nivel.
- Mejorar la calidad de atención y promover mejor calidad de vida en las instituciones sociales, que permitan un equilibrio entre sus necesidades y demandas biosociales y sus respuestas.
- Alcanzar una atención integral hospitalaria al anciano sobre bases geriátricas actuales.

Este Programa se desarrolla en todo el país y se aplica en todas las unidades que atienden personas de 60 años y más.

*¿Cómo se ha estructurado?*

El programa se estructuró en tres áreas integradas entre sí:

1. Atención comunitaria.
2. Atención institucional.
3. Atención hospitalaria.

*Actividades*

- Promover cambios de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud del adulto mayor.
- Detener o retardar la aparición o continuidad de enfermedades y discapacidades en los adultos mayores.
- Garantizar servicios de rehabilitación mediante las instancias correspondientes en cada nivel de atención y las instituciones de atención al adulto mayor.
- Estimular la participación de la comunidad y la familia en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
- Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de las comunidades que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración de éstas a la comunidad.
- Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras.

Las acciones de las distintas áreas fueron implementadas de la forma siguiente:

El *área institucional*, está dirigida a la cobertura de:

- Adultos mayores frágiles y vulnerables.
- Adultos mayores con discapacidades físicas o mentales.
- Adultos mayores con graves problemas sociales.

El *área comunitaria* donde se propone una evaluación multidisciplinaria y multidimensional de todos los adultos mayores residentes en la comunidad, que permite establecer un diagnóstico de la situación de salud y el establecimiento de estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades biosociales del adulto mayor.

El *área hospitalaria*, cuya actividad principal es la de ofrecer una atención diferenciada, en equipo y dirigida a los adultos mayores frágiles en el medio hospitalario, tratándose de garantizar las diferentes especialidades involucradas en la atención al adulto mayor hospitalizado.

Para su control y evaluación se disponen indicadores de *estructura, proceso e impacto*.

## **Proyecciones e indicadores generales para el año 1999**

*Desarrollar la atención comunitaria al adulto mayor en todos los policlínicos del país*

1. Incorporar a 30 % de la población adulta mayor a los Círculos de Abuelos.
2. Crear las Casas de Abuelos en 60 % de los municipios del país.
3. Crear los centros de Recreación y Orientación al Adulto Mayor en 80 % de las áreas de salud.
4. Lograr que funcionen los Equipos de Atención Gerontológica en 100 % de los policlínicos.
5. Diplomar a 50 % de los Equipos Gerontológicos existentes en los Policlínicos.
6. Incrementar hasta 30 % los servicios de atención al anciano solo en su domicilio.

*Continuar el desarrollo de la atención al adulto mayor en las instituciones sociales*

1. Disminuir la mortalidad institucional en relación con el año 1998.
2. Mantener a 100 % la evaluación multidimensional.
3. Reducir por debajo de 0,8 % la incidencia de úlceras por presión.
4. Reducir los accidentes intrahogar con consecuencias en relación con el año anterior.

*Mantener el desarrollo de la atención hospitalaria al adulto mayor para lograr*

1. Completar a 100 % la implantación del programa en hospitales clínicoquirúrgicos y generales de más de 100 camas.
2. Extender los Servicios o Salas de Geriátría a todos los hospitales clínicoquirúrgicos y generales de más de 100 camas.
3. Disminuir la mortalidad general en relación con el año 1998 y la letalidad en EDA, ERA, fractura de cadera, diabetes, AVE y EPOC.
4. Crear las Consultas de Evaluación Exhaustiva en 100 % de los hospitales con Salas de Geriátría.

*Morbilidad*

1. Reducir las tasas de morbilidad alcanzadas en 1998 en mayores de 60 años por TB, intento suicida y fractura de cadera.
2. Reducir las tasas de morbilidad alcanzadas en 1998 en mayores de 60 años por Diabetes Mellitus, ECV, asma bronquial y EPOC.

*Mortalidad*

1. Reducir las tasas de mortalidad alcanzadas en 1998 en mayores de 60 años por ERA, EDA, TB, accidentes, suicidio y fractura de cadera.