

Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal

Familial and health implications of the population aging for the universal health coverage

DrC. Isabel Louro Bernal, DrC. Héctor Bayarre Veá, MSc. María Esther Alvarez Lauzarique

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El movimiento de cobertura sanitaria universal llama la atención a los gobiernos del mundo, sobre el derecho a la salud para todos los estratos sociales y los grupos más vulnerables. El objetivo es examinar las implicaciones familiares y sanitarias del proceso de envejecimiento de la población cubana que constituyen desafíos para el sostenimiento de la cobertura de salud con calidad. Se hizo análisis e interpretación crítica de indicadores de salud seleccionados y de resultados de investigaciones revisadas. Resultados. Las políticas de salud, los logros que ilustran los indicadores de salud en Cuba, dan cuenta de las fortalezas de la CSU en Cuba, y de la protección a la salud del adulto mayor. El proceso de envejecimiento poblacional tiene serias implicaciones a la sociedad, al sistema de salud y a la familia. La prolongación de la vida, el incremento de la morbilidad y la discapacidad, unido a las políticas de equidad y justicia social, elevan las demandas de atención a los ancianos en el hogar y la necesidad de servicios. No obstante, la voluntad política, ciertas condiciones sociales, económicas y organizativas, rebasan la capacidad resolutoria del sistema de salud y de la asistencia social que requieren las personas de edad avanzada, lo que genera desafíos importantes para mantener la cobertura con calidad, la sostenibilidad del sistema y la satisfacción de los usuarios y sus familias.

Palabras clave: cobertura sanitaria universal, envejecimiento, equidad, adulto mayor, familia.

ABSTRACT

The universal health coverage movement appeals to the governments of the world to recognize the right to health for all the social strata and for the most vulnerable groups. The objective of the paper was to examine the familial and health implications of the Cuban population aging that represent real challenges for the sustainability of the quality health coverage. Critical analysis and interpretation of the selected health indicators and of the results of reviewed research studies were made. The health policies and the achievements shown in the health indicators of Cuba prove the advances in terms of the universal health coverage and protection of the older adult's health. The population aging process has serious implications for the society, the health system and the family. Longer lifespan, increase of morbidity and disability rates together with the equity and social justice policies raise the demands for care of the elderly at home and for services. Despite the political willingness of the government, certain economic, social and organizational conditions exceed the capacities of the health system to find solutions for and the social assistance required by the aged persons, which creates huge challenges to keep quality coverage, sustainability of the system and the meeting of requirements from the users and their families.

Keywords: universal health coverage, aging, equity, older adult, family.

INTRODUCCIÓN

El movimiento de cobertura sanitaria universal (CSU) llama la atención a los gobiernos del mundo, sobre el derecho a la salud para todos los estratos sociales y grupos más vulnerables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la CSU expresa que todas las personas tengan acceso a los servicios de buena calidad y eficaces, que fomenten la buena salud, prevengan las enfermedades y ofrezcan tratamiento y rehabilitación.¹

Al decir de la Dra. *Margaret Chan*, la CSU es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer,² supone la disponibilidad de los servicios que satisfagan las necesidades de atención y que incluyan una combinación apropiada de funciones de prevención de enfermedades, promoción de salud, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como medicamentos, productos médicos, los trabajadores sanitarios, la infraestructura de salud y la información sanitaria; la proporción de los costos de esos servicios que se sufragan y de la población a la que se le brinda la cobertura.³

La cobertura universal de salud significa la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud, sean estas geográficas, culturales, o financieras, abordar las necesidades insatisfechas y en particular, las necesidades de los grupos vulnerables. Requiere de la participación de toda la sociedad, del compromiso a largo plazo de los gobiernos responsables de formular políticas que sean equitativas, eficientes, y que refuercen el enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, lo que es un llamado al compromiso de la sociedad en su conjunto para promover la salud y el bienestar.⁴

La cobertura de salud adquiere una connotación humana particular en los países que presentan envejecimiento poblacional debido a las especificidades de las necesidades biopsicosociales de los adultos mayores, los requerimientos de apoyo familiar, de los servicios sociales, comunitarios, de salud y a la vulnerabilidad de este segmento de la población. Junto al logro de elevar la esperanza de vida al nacer, y prolongar la vejez, los países enfrentan nuevos desafíos en materia de derecho, sostenibilidad, equidad y justicia social.

En Cuba, la gratuidad de los servicios de salud para toda la población y el carácter estatal de los mismos, favorece la cobertura universal. No obstante, la calidad, la resolutivez y la satisfacción de las necesidades de salud, devienen en prioridades para enfrentar apropiadamente el panorama demográfico cubano actual y futuro.

En el marco de la Convención Internacional de Salud, 2015, el Dr. *Roberto Morales Ojeda*, Ministro de Salud Pública de Cuba, planteó:

Entre los principales retos que enfrenta actualmente la salud cubana, se encuentra el envejecimiento poblacional; la esperanza de vida al nacer es de 76,5 para los hombres y 80,45 para las mujeres, el 19 % de la población tiene más de 60 años y las proyecciones apuntan a que llegue al 30 % en el 2030, lo que trae consigo un incremento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, Alzheimer, procesos osteodegenerativos, discapacidad, entre otros, con una mayor demanda de atención por su carácter de enfermedades crónicas, requiriendo de una atención permanente cada vez más compleja y costosa (salud pública cubana. Un proceso de transformaciones necesarias. Excelencias Salud. Convención Internacional de Salud. Cuba salud 2015. 20 de abril. 2015).

Los avances en la CSU contribuirían a agregar no solo años a la vida, sino calidad de vida a los adultos mayores, a sus cuidadores y a la familia. Conocer más acerca de las consecuencias del envejecimiento poblacional, de las adecuaciones que se imponen a la sociedad y a los sistemas de salud, constituye un imperativo para la promulgación de políticas sociales y de cobertura con calidad.

El objetivo de este trabajo es poner a debate social implicaciones familiares y sanitarias del proceso de envejecimiento de la población cubana que constituyen fortalezas y desafíos para el sostenimiento de la cobertura de salud con calidad. El análisis se basó en la interpretación crítica de la bibliografía revisada y de indicadores de salud seleccionados, lo que se enriqueció con la experiencia docente y de investigación de los autores.

PANORÁMICA DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN CUBA Y SUS IMPLICACIONES FAMILIARES

En el contexto de los países en desarrollo, Cuba ha tenido un comportamiento prácticamente único, caracterizado por una transición demográfica muy avanzada, con un crecimiento poblacional muy bajo o nulo, índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida, y un saldo negativo de la migración externa. Esta combinación de factores ha dado lugar a un franco proceso de envejecimiento,⁵ situación que se agrava por el incremento de las interrupciones de embarazos en los últimos años y por el elevado porcentaje (77,6) de mujeres en edad fértil, con pareja, que tuvieron cobertura anticoncepcional en el 2013,⁶ lo que expresa la poca motivación de las parejas jóvenes por tener descendencia en el contexto cubano actual. Se agrega al análisis,

la idea que producto del cambio en la política migratoria en el país desde el 2013, jóvenes cubanos residen, trabajan y se reproducen en el exterior, aunque estén censados en Cuba, lo cual puede contribuir a que la presencia real de población joven sea menor aún, fenómeno a considerar en futuras investigaciones.

Rodríguez Cabrera y Álvarez Vázquez en el 2006, plantearon que la dinámica de la población cubana hacia alrededor del año 2015, tendría un crecimiento muy lento y los pronósticos a partir del 2025 conducen a que tenderá a decrecer ligeramente en términos absolutos, debido a que la estructura de la población de mujeres en edad fértil y su bajo nivel de fecundidad no lograrán compensar las muertes provenientes de las cohortes más numerosas, que será por esas fechas de alrededor de 55 años y más.⁷ Este pronóstico indica que habrá un aumento de la edad promedio de los adultos en las familias y según se envejece la población, se envejecen los hogares cubanos para enfrentar la vida cotidiana.

Según un pronóstico demográfico de la ONU, Cuba estará entre los países más envejecidos del mundo en el 2050, con el 39,2 % de sus habitantes con 60 años o más. Para ese año, la edad media estaría en 52 años, lo cual la ubicaría en el octavo lugar del mundo entre los países con mayor índice de dependencia a predominio de la tercera (60-74) y cuarta edad (75 y más). El grupo de 60 años y más, representa la proporción mayor entre la población económicamente activa, (22,1 %) a predominio del sexo femenino, con el 11,7 % de los adultos mayores que laboran.⁸ Lo señalado genera como impacto negativo, menos fuerza productiva en el país, con la menor cantidad de efectivos jóvenes en la sociedad.

En los resultados comparativos entre el Censo de Población y Viviendas del 2002 y el 2012, se observa que los hogares de tipo unipersonal han experimentado crecimiento, los que alcanzan el 39,6 % en este último, sus residentes son fundamentalmente adultos mayores, y la edad mediana es de 69 años. Asimismo, los hogares nucleares en los cuales residen parejas solas se han incrementado en el 19 %, y en el 65,8 % de estos casos se trata de dos adultos mayores.⁹

El envejecimiento poblacional de la sociedad cubana actual, trae aparejado la convivencia multigeneracional en las familias, la presencia de varios ancianos en un mismo hogar, ancianos cuidadores de otros familiares, o viviendo solos, situaciones de alta complejidad debido a las condiciones económicas existentes, a las limitaciones de la seguridad y asistencia social, así como de la prestación de servicios comunitarios en general.

A esta complejidad demográfica y material le acompaña las disímiles características psicológicas, afectivas y relacionales de las familias, el cumplimiento de las funciones familiares, los estilos comunicacionales, el interjuego de roles, las diferencias ideológicas, educativas, generacionales y de género.

El mantenimiento económico del hogar se refleja en la satisfacción de necesidades relacionadas con la salud, dado el encarecimiento de la vida y el bajo poder adquisitivo de las familias, particularmente de los pensionados y jubilados. Los costos del cuidado, en términos de aseo, alimentación, medicamentos, enseres y mantenimiento del hogar se incrementan además en las familias con ancianos frágiles, incontinentes, enfermos crónicos o discapacitados.

La prolongación de la vida de los miembros de la familia constituye un valor ético, humano, y afectivo, que conlleva una cultura de respeto y cuidado de los antecesores, pero también nuevas necesidades familiares como alimentación apropiada, adecuaciones en la casa, acompañamiento, suplir funciones, gestiones, búsqueda y requerimientos de apoyo como acceso a cuidadores especializados, dispositivos complementarios del hogar, entre otros.

El panorama demográfico cubano se produce en el contexto de las consecuencias que ha dejado, a largo plazo, la crisis de los años noventa. Para *Zabala*, en aquel escenario, aunque se mantuvo la equidad como principio rector de la política social, se originan efectos inerciales indeseados: marcado deterioro de la calidad de vida de la población, ampliación de la diferenciación socioeconómica, producción o reproducción de brechas de equidad entre grupos humanos y territorios específicos de la sociedad, incremento de la pobreza y vulnerabilidad.¹⁰

En el 2011, la asistencia social decreció en cuanto al número de personas adultas mayores beneficiarias de este servicio y de la prestación de cuidados a domicilio.¹¹ Sin embargo, los servicios de apoyo a las familias con integrantes adultos mayores frágiles, incontinentes, longevos y discapacitados sensoriales o físico motores, deberán ampliarse en correspondencia con el envejecimiento creciente y con la situación económica de las familias.

En estudio transversal con 840 familias asistidas en 12 consultorios médicos en La Habana, realizado con el objetivo de identificar y caracterizar grupos poblacionales con perfiles de mayor riesgo y morbilidad para la diabetes de tipo II, la hipertensión y el tabaquismo, y donde se aplicó un análisis de conglomerados, se identificó y caracterizó una subpoblación con alta carga de morbilidad y un perfil particular de riesgo, cuyos rasgos más sobresalientes son: viviendas con problemas constructivos, baja disponibilidad de equipos de segunda necesidad, familias pequeñas, monoparentales con mujeres que tienen a su cuidado menores de edad o ancianos, mayores de 60 años que viven solos, color de la piel mestizo y negro, noveno grado de escolaridad, trabajadores estatales y jubilados y percepción de la situación económica de regular a muy mala.¹²

Llama la atención que en esa subpoblación donde se identificaron perfiles de riesgo a la densidad de la morbilidad, estaban presentes adultos mayores viviendo solos, con limitaciones económicas, lo cual demuestra la necesaria diferenciación de la atención de servicios de salud y asistencia social, según condiciones de vida.

Constituye un llamado a la reflexión el planteamiento de *Arés y Benítez*,¹³ cuando concluyen que ni la sociedad ni la familia están preparadas para que un porcentaje tan alto de la población, y además con una tendencia creciente, tuviera edades tan avanzadas. Parte de los retos para los años venideros conducen, inexorablemente, a un cambio en las necesidades y obligaciones de los miembros de la familia. Por ejemplo, la organización de una nueva coexistencia entre varias generaciones, la mayor demanda asistencial de personas que viven solas, el mantenimiento de pensiones más prolongadas, la necesidad de establecer roles nuevos y satisfactorios para las personas que envejecen dentro de los nuevos modelos de integración social, la garantía de un envejecimiento saludable, es decir, promocionar estilos de vida positivos, prevenir enfermedades y discapacidades, disminuir los efectos del envejecimiento sobre las capacidades funcionales del individuo y lograr una sociedad más amigable con las personas de edad avanzada, entre otros.

Para *Vera Miyar y Hernández García*, el envejecimiento poblacional a la vez que exige el aumento de los gastos de la seguridad y la asistencia social, de los servicios médicos y de la atención especializada de los ancianos, plantea un reto aun mayor y más difícil para la sociedad: la necesidad de garantizar la incorporación de los mayores a la vida social y familiar, preparar los espacios y las vías más adecuadas para lograrlo, atender al desarrollo personal del anciano y contrarrestar el lado negativo del envejecimiento poblacional.¹⁴

El Grupo de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales, aportó recomendaciones a la sociedad relacionadas con: prestar suma

atención al proceso de envejecimiento poblacional y considerar a la familia en las políticas sociales como punto de partida de la atención informal más directa a los adultos mayores y como actor fundamental de la socialización en esta etapa del desarrollo psíquico, tareas para cuyo mejor desempeño debe recibir el apoyo del Estado.¹⁵

Las políticas sociales y de salud repercuten rápidamente en las familias, dada la heterogeneidad de sus miembros en cuanto a edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, color de la piel, y condiciones de salud, los que requieren diversos tipos de atenciones, ya sea de índole preventiva, curativa o de rehabilitación.

La vida familiar entraña el cumplimiento de las funciones económicas, afectivas, educativas, socializadoras y reproductivas. A la familia le compete la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de sus integrantes según las etapas del curso de la vida, y el apoyo al cumplimiento de las proyecciones sociales, donde la salud constituye una premisa importante para el desarrollo y el bienestar familiar.

El adulto mayor cumple roles importantes en el desempeño de las funciones familiares, particularmente en lo atinente a la transmisión de contenidos educativos, valores y afectos, así como por la experiencia sociocultural que posee. Aunque todos en la familia merecen respeto a sus derechos, y trato digno, haber llegado a ser familiar de mayor edad, haber transitado por la historia personal y familiar en la sociedad, le concede especial derecho de atención a la calidad de su vida, ajustada a sus condiciones físicas y mentales.

LA COBERTURA SANITARIA EN CUBA. FORTALEZA PARA LAS FAMILIAS CON ADULTOS MAYORES

La cobertura sanitaria gratuita a toda la población constituye un rubro importante de la política estatal de la salud pública en Cuba que denota el sentido humanista del proceso revolucionario de 1959.

La prestación de servicios de salud en Cuba se recoge en el artículo 49 del capítulo VI de la Constitución de la República, donde se expresa que todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud, con la prestación de asistencia médica gratuita, el servicio médico rural, la red de policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; prestación de asistencia estomatológica, planes de divulgación sanitaria, de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades; y se agrega: con la participación de toda la población a través de las organizaciones sociales y de masas. En el capítulo 47 se plantea que el Estado protege los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar, sin familiares que le presten ayuda.¹⁶

Entre los principios del Sistema Nacional de Salud en Cuba, figuran el carácter estatal, la accesibilidad y gratuidad general, la orientación profiláctica, la integridad y desarrollo planificado, la unidad de ciencia, docencia y práctica médica, la participación activa de la población y la solidaridad internacional.^{17,18}

En correspondencia con el carácter estatal, se agrega el progresivo sostenimiento económico y material de los gastos en salud, por parte del gobierno. De acuerdo con el Anuario Estadístico de 2013 del Ministerio de Salud Pública, la ejecución del

presupuesto dedicado a la salud pública ha tenido un incremento sostenido desde 1959 y el gasto por habitante transcurrió de \$ 3,72 en esta fecha a \$ 439,06 en el 2013.⁶

Puede considerarse que en Cuba, la CSU se fue logrando progresivamente, desde el alcance que tuvo el servicio médico rural, la sectorización en el policlínico integral, el comunitario, hasta que en 1984 se inició el modelo cubano de medicina familiar de alcance nacional, que registra en 1993, una cobertura del 90 % de la población y del 99 % en el 2000.¹⁸ En el 2013 se mantiene la cobertura del 100 % de médicos de familia en todas las provincias del país.⁶

Al decir del profesor *Rojas Ochoa*, el alto nivel de institucionalización del sector, el amplio grado de cobertura de los servicios, los índices alcanzados en atención preventiva, la calificación del personal de salud, la mística en su entrega al trabajo cotidiano y el esfuerzo colectivo nacional, han hecho posible que en importantes indicadores de salud, Cuba se mantenga entre los países de mejor situación entre los del tercer mundo, e incluso, que pueda comparar sus resultados con los de más alto nivel de desarrollo económico y tecnológico.¹⁸ Vale destacar la tasa de mortalidad infantil (4,2 por mil nacidos vivos), los partos en instituciones hospitalarias (99,9 %) y la relación de 75 médicos por 10 mil habitantes y 13,7 estomatólogos por 10 mil habitantes.⁶

La cobertura de orden territorial, significa que el 100 % de la población tiene establecido un equipo básico de salud, constituido por médicos de familia y personal de enfermería que brindan sus servicios en el consultorio médico, el cual pertenece a un grupo básico de trabajo y a un policlínico donde se accede a un rango mayor de diversos servicios especializados, que incluye la estomatología y las urgencias.

Todas las personas agrupadas por núcleos residenciales, están registradas y *dispensarizadas*, según condición de salud, en los consultorios médicos de nivel primario de todo el país, lo que presupone una atención médica próxima al hogar, control de salud y vigilancia continua para toda la población por profesionales de alta calificación, especializados en su mayoría en medicina general integral, enfermería comunitaria y en otras especialidades como la pediatría, medicina interna, ginecología y psicología, entre otras.

La atención de salud a los adultos mayores se concibe a través del equipo básico de salud de la comunidad, lo cual es muy favorable. El programa de medicina familiar establece la visita al hogar, según necesidad de la familia.¹⁹

El Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, creado en la década de los ochenta, plantea promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres en la población de 60 años y más, prevenir o retardar la aparición de enfermedades y discapacidades en esta edad, garantizar la atención integral, oportuna y eficaz, así como su rehabilitación, estimular la participación comunitaria, desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos, y estimular las investigaciones relacionadas con la morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidades en tres escenarios: la atención primaria de salud, la atención hospitalaria y la atención institucional.²⁰

Entre los objetivos de trabajo y criterios de medida del Ministerio de Salud Pública para el 2015 aparece: "ejercer control y evaluación de las acciones que se realizan para garantizar la calidad de vida de la población adulto mayor y personas con discapacidad a través de la atención médica integral" y se ratifican e incorporan acciones con este propósito, tales como garantizar el 100 % del examen periódico de salud anual a los ancianos, atención priorizada por el equipo básico a los centenarios, vigilancia a la incidencia de accidentes, úlceras de presión y fallecidos en los hogares de ancianos, atención por defectología del 100 % de personas con discapacidades auditivas, visuales u otras, incremento y actualización de los expedientes de asistencia social.²¹

Actualmente, existen 11 550 consultorios médicos en todo el país, y 13 382 médicos de la familia ubicados en la comunidad,⁶ los cuales deben desarrollar, entre otras acciones, las antes mencionadas del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor.

Desde 1985 se forman especialistas en geriatría y gerontología y se cuenta con el Grupo Nacional de la especialidad, que asesora al Ministerio de Salud Pública sobre las políticas y estrategias para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población cubana.

Los médicos dedicados a la geriatría ascendían a 498 especialistas en el 2013 y otros 286 no especialistas que brindan este tipo de atención, es decir 3,8 médicos dedicados a esa especialidad, por cada 10 mil habitantes de 60 años y más.²² Esta cantidad de médicos geriatras resulta insuficiente, dada la proyección del cuadro demográfico cubano que se ha ilustrado.

Junto al incremento de los recursos humanos especializados de gerontología y geriatría, que se prevé crezcan para el 2020, se plantea la geriatrización de los servicios a través un programa de capacitación dirigido a la superación profesional y capacitación a los profesionales, técnicos y el resto del personal de salud vinculado a la atención al adulto mayor con elementos generales de la especialidad y particulares de cada profesión.

En lo relativo a las unidades de salud específicas para la tercera edad, más allá de las acciones que debe cumplir el equipo básico de salud, aparecen por asistencia social, 144 hogares de ancianos y 246 casas de abuelo en el país: las personas albergadas en modalidad de internos en hogares de ancianos se mantiene en el orden de los 5 mil desde 1998 hasta 2013 y los semi-internos han ido decreciendo de 4376 a 796 en el 2013, influenciado por la revitalización de las casas de abuelos, en las que se atienden los ancianos válidos y poco frágiles.⁹

Se destaca la política de mantener al adulto mayor en su comunidad y es loable el esfuerzo de los círculos y casas de abuelos, aunque se debe facilitar que se puedan crear mejores condiciones, con los medios para el cuidado, el aseguramiento y el confort, así como el diseño de atracciones culturales y educativas en horarios diurnos y el rescate de espacios e instituciones comunitarias, todavía insuficientes.

Con el propósito de garantizar la sostenibilidad de los servicios, con racionalidad económica y calidad, se acometen las transformaciones necesarias en el sistema de salud. Entre las acciones desarrolladas se constata la reorganización de la atención a nivel de los consultorios del médico de la familia; renovación de los círculos de abuelos, redimensionamiento de las casas de abuelos existentes; perfeccionamiento de los servicios de rehabilitación y asistencial social en los policlínicos, reparación de los hogares de ancianos y construcción de nuevos, entre otras.^{23,24}

En las familias convergen los efectos de las diversas políticas de salud sobre CSU, no solo por la disponibilidad de programas, servicios y tecnologías apropiadas para todos los grupos de edad, con personal capacitado, sino por la posibilidad real de acceso a servicios que solucionen problemas con calidad y celeridad. En este sentido las transformaciones en salud que se acometen en Cuba, deben velar por la cobertura de servicios y las peculiaridades de satisfacción de necesidades de salud de los usuarios adultos mayores, con atención a las características individuales, familiares y de los territorios, lo que impone la caracterización y estratificación de los mismos, con el propósito de buscar mayor racionalidad y eficiencia.

Una actividad de gran impacto nacional ha sido la Universidad del Adulto Mayor. Se concibe como el resultado de un esfuerzo conjunto de muchas instituciones que decidieron brindar la posibilidad de tener una vejez sana, feliz y útil a la sociedad. Se registran 19 cátedras, 299 filiales y más de 690 aulas en el país, con un total de 70 806 adultos mayores egresados de esos estudios universitarios, que incluyen materias relacionadas con el medio ambiente, la promoción de salud, la cultura culinaria y el envejecimiento, temas que aumentan el nivel cultural, la autoestima, la salud mental y la calidad de vida. Se plantea que es un espacio para propiciar el desarrollo intelectual y emocional de los adultos mayores, la mejoría de la dinámica familiar en la que viven y una fuente para beber por una justa cultura del envejecimiento (entrevista a *Teresa Orosa*. Directora de la Cátedra de Adulto Mayor. Universidad de La Habana.*

Constituye una fortaleza para la familia cubana, la amplia y diversa cobertura de servicios de salud disponibles en el país. Algunos ejemplos dan cuenta de ello; el elevado nivel de inmunización, el acceso a la red de farmacias y los medicamentos, las salas de fisioterapia y rehabilitación comunitaria, la reanimación del sistema de óptica, la disponibilidad de diversas especialidades y servicios en la atención primaria, como geriatría y gerontología, fisiatría, estomatología, medicina natural y tradicional, entre otras prestaciones de alto impacto en la vida cotidiana del anciano, lo que proporciona garantías y estabilidad a la familia, si funcionan bien.

LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES. IMPLICACIONES PARA LA COBERTURA SANITARIA

Resulta de gran importancia acercarse a los patrones de morbilidad y mortalidad para analizar las implicaciones sanitarias y familiares del envejecimiento de la población, que constituyen desafíos importantes a la calidad de la atención y al diseño de acciones efectivas en el tratamiento adecuado de los procesos salud-enfermedad en la población de 60 años y más.

Según los datos reportados por el Anuario Estadístico de Salud del año 2013, las primeras causas de muerte en la población de 60 años son las enfermedades del corazón 981,6; tumores malignos 890,0; enfermedades cerebro vasculares, 396,5; la influenza y neumonía con 276,5 y los accidentes con 174,2 y más, tasas expresadas por 100 mil habitantes. En la morbilidad de este grupo poblacional se registra la prevalencia de la hipertensión arterial con una tasa de 511,6; la diabetes mellitus con 151,0; y el asma bronquial con 70,3, expresadas todas las tasas por cada mil habitantes.⁶ Llama la atención la alta presencia de la hipertensión en los adultos mayores, cuando este padecimiento es además factor de riesgo para las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares, que pueden dejar secuelas y afectar la autonomía.

En los resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional (ENEP) del 2010-2011, se aprecia que el 82,2 % de la población de 60 años y más padecen al menos de una enfermedad crónica no transmisible. En el caso de las mujeres la proporción asciende al 88,4 %, mientras que para los hombres es de 75,2 %; comportamiento que puede estar relacionado con una mejor declaración de las mujeres o a una mayor propensión para asistir al médico que eleva la probabilidad de conocer el diagnóstico de las enfermedades que padecen. Se aprecia que los que pertenecen al grupo de los denominados "viejos-viejos" (75 años y más) cerca del 90 % padece de alguna enfermedad crónica. Este grupo crecerá mucho más rápido que el de 60-74 años, lo que significa que posiblemente el número de personas con alguna enfermedad crónica crezca significativamente en los próximos años,⁹ lo que traerá por consecuencia un incremento de las demandas de los servicios de salud, de medicamentos y de cuidados en el hogar.

La ENEP publica que el 56,4 % de los adultos mayores son hipertensos; las mujeres en el 63,5 % de los casos y los hombres en el 48,5 %. Según los grupos de edad casi el 60 % de los mayores de 74 años son hipertensos, y alrededor del 55 % entre los que tienen entre 60 y 74.⁸

Las enfermedades del corazón están presentes en el 18,2 % de los adultos mayores, estos padecimientos son los responsables de una de las primeras causas de muerte en la población cubana y de la primera causa de muerte en este subgrupo poblacional. Más del 45 % de los que padecen enfermedades del corazón sienten una alta limitación para desarrollar las actividades normales. La diabetes mellitus tiene alta presencia en la población cubana de edad avanzada; cerca del 18 % se declararon con este padecimiento.

Otros padecimientos muy frecuentes en los adultos mayores cubanos son la artritis, el reumatismo o artrosis, que ejercen mucha interferencia en el desarrollo de las actividades normales y tienen impactos directos sobre la carga de discapacidad. Más del 36 % sufren de alguno de ellos. Casi el 42 % de los que declararon padecer estas enfermedades refieren sentirse muy limitados. El 43 % de las mujeres, declaró tener alguna de estas enfermedades, y el 28,7 % de hombres padecimientos osteoarticulares.⁸ Al considerar que casi la mitad de las personas mayores de 60 años, sufre por estos problemas, se espera un incremento de los mismos en el futuro.

Por otra parte, la incidencia de cáncer para las personas de 60 años y más, aparece en todas las localizaciones, pero adquiere cifras más altas en bronquios, pulmón, piel y próstata,⁶ lo cual focaliza también las inversiones para la atención preventiva y curativa a estos problemas, dado el conocimiento del creciente ascenso de este grupo poblacional.

Los trastornos nerviosos o psiquiátricos también están presentes en los adultos mayores de Cuba, el 36,8 % aducen que le provocan muchas limitaciones en sus actividades normales. El 17 % de la población adulta mayor notificó depresión. El 20 % de las mujeres declararon padecer de algún tipo de depresión, y el 26 % en las que tienen 75 años y más.⁹

Sobre la dependencia e independencia funcional, se encontró que la mayoría de los adultos mayores del país tienen capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse, levantarse, deambular en el hogar y utilizar el servicio sanitario. El 95 % del grupo de 60-74 años no tiene ninguna limitación, mientras que en los de 75 y más, el porcentaje se reduce al 76,6 %.⁹ No obstante, llama la atención que entre el 5 y el 25 % tienen problemas de validismo y están dependientes de otra persona, cuidador, o familiar cuidador.

Respecto a la autopercepción del estado de salud, los resultados apuntan a que solo el 39,5 % de los adultos mayores declararon tener un buen estado de salud, el 49 % considera que es regular, y poco más del 11 % opina que su estado de salud es malo. La autopercepción en las mujeres es más desfavorable que la de los hombres. En cuanto a lo que se conoce como actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), relacionadas con cocinar, manejar el dinero, transportarse solo, hacer quehaceres del hogar, comprar sus alimentos, llamar por teléfono, tomar los medicamentos, se aprecia que entre los denominados "viejos viejos" (75 años y más), el 55 % necesitan ayuda para realizar este tipo de actividades. Si se supone que dichas limitaciones se mantendrán igual en el tiempo, para 2045 se pronostica que más de millón y medio de personas requieren de algún apoyo para las AIVD, lo que constituye un desafío de magnitud considerable para la sociedad.¹⁰ Este es un aspecto importante a tener en cuenta en las políticas, programas e implementación de acciones, con enfoque de bienestar psicológico y equidad de género, que permita un envejecimiento saludable y activo.

En investigación realizada por un grupo de investigadores de la Escuela Nacional de Salud entre 2000 y 2004, se encuentran niveles diferentes de discapacidad física, mental y de factores de riesgo de adultos mayores entre provincias y municipios del país.²⁴

Respecto a la mortalidad, el número promedio anual de defunciones se incrementa en los últimos 27 años, de algo más de 73 mil en el período 1987-1996 hasta cerca de 88 mil en el período 2007-2013.

La edad media de las muertes se desplazó en el mismo período en casi seis años de 67,3 a 73,0 años, por su parte la edad mediana que era de 72,5 años en 1987-96 se corrió en tres años hacia 2007-13 (75,5 años) lo que significa un movimiento del momento de morir, hacia edades mayores (cálculos a partir de los ficheros digitales de las defunciones anuales elaborados y revisados por el Minsap. 2012).

Las defunciones de las personas de 60 años representaron el 72,9 % del total en 1987-1996, proporción que ha ido ascendiendo para llegar al 80,8 % en el período 2007-2013. Las muertes de la población femenina adulta mayor en ese período fueron de alrededor del 84 %, mientras que en el caso de los hombres las defunciones de 60 años y más constituyen el 78 % del total.⁹ Esta diferencia pone el acento en los contrastes atribuibles al género.

El análisis por causa de muerte permite complementar el estudio del 2012. El 86,7 % de las muertes de la población cubana de 60 años y más se agruparon en ocho causas: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, demencia, y accidentes; es decir que la mortalidad en el país en el grupo de las personas adultas mayores tiene el patrón típico de países con transición epidemiológica avanzada. En particular las enfermedades del corazón y tumores malignos son las responsables del 51,4 % de las muertes totales en la población adulta mayor, si se le suman las enfermedades cerebrovasculares la proporción aumenta al 62,4 %. Para las mujeres estas tres causas de muerte agrupan el 60,5 % y en los hombres el 64,2 %. En el grupo de 60-74 años estas causas son responsables del 68 % de las muertes y en el caso de 75 años y más, el 59,5 % de las defunciones son por estas enfermedades.⁹

El envejecimiento poblacional tiene influencia sensible sobre los procesos de morbilidad y mortalidad, con un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, las discapacidades, los accidentes y otras vinculadas a la salud mental, sin excluir las enfermedades transmisibles emergentes y remergentes, lo cual plantea requerimientos diferentes en las estrategias a implementar y para cada nivel de atención. Ello se agrava por el aumento de efectivos de población de 75 años y más, siendo este grupo dentro de los adultos mayores el más vulnerable, que requerirá de criterios específicos para la atención social y de salud.

En las proyecciones del Ministerio de Salud Pública para el 2015,²² se reconoce que el envejecimiento de la población será el escenario predominante, y que por ello las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud prevalecerán e incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad. Lo anterior implicará darle mayor primacía al enfoque preventivo y de promoción de salud, así como al desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive, lo que inexorablemente producirá un incremento de los costos de la atención, más aún si se considera que se producirá un incremento en la invalidez y la discapacidad. También las proyecciones contemplan dentro de sus propósitos a los factores relacionados con el ambiente y el comportamiento, y reconoce que no son acciones exclusivas del sector de la salud, pero le corresponde a este identificarlos y relacionarlos con la situación de salud para que, con un trabajo multisectorial puedan ser tratados.

IMPLICACIONES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. DESAFÍOS ACTUALES

La salud y la enfermedad son inherentes a la vida personal y familiar. En procesos de particular significado y cuidado, como crecimiento y desarrollo, sexualidad y reproducción, embarazo, parto, puerperio, lactancia, primer año de vida, niñez, adolescencia, emparejamiento, maternidad/paternidad, climaterio, jubilación, envejecimiento, viudez y muerte; la interacción efectiva de la familia con los sistemas profesionales de apoyo, resulta fundamental.

Cada edad y proceso crítico de la vida familiar, requiere atención educativa, médica, psicológica y social, en lo concerniente a la protección de la salud, como en la recuperación de la enfermedad y sus secuelas. No obstante, en la tercera y cuarta edad, tiene connotación social y humana especial.

La atención de salud a los adultos mayores se concibe a través del equipo básico de salud de la comunidad, lo cual es muy favorable. Sin embargo, aún parece limitada en su alcance en cuanto a la sistematicidad y resolutiveidad. El programa de medicina familiar establece la visita al hogar, según necesidad de la familia, pero todavía el quehacer profesional no es proactivo con los ancianos. En sentido general, continúa la tendencia a la recepción de casos, hay inestabilidad de los equipos de salud, se le da prioridad a otros programas, por lo que existen demandas insatisfechas en las áreas de salud y en cierta medida el personal que ejerce la asistencia en la actualidad no ha sido formado en un enfoque de geriatización de la atención que deben enfrentar.

La racionalidad de los recursos humanos, materiales y financieros en los servicios de salud es comprensible en el proceso de transformaciones, no obstante los equipos de atención geriátrica de la atención primaria, gozan de aceptación en la población y se justifican plenamente, dado el envejecimiento de la población cubana y la lentitud de recuperación pronosticada. Los profesionales dedicados a la geriatría resultan aún insuficientes.

En tanto la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus están relacionadas con determinantes comportamentales, como tipo de alimentación, sedentarismo, estrés, adherencia terapéutica; la atención de los adultos mayores con estos padecimientos deberá reforzar el componente educativo, con acciones multidisciplinarias e intersectoriales, a nivel personal y familiar.

La Directora General de la OMS, refiriéndose al envejecimiento poblacional y al cambio epidemiológico que se asocia a ese proceso, manifestó que la salud pública tiene que mover su centro de atención de la cura a la prevención, de una atención a corto plazo a una atención a largo plazo, del parto, las vacunas y los antibióticos, a cambiar el comportamiento humano, de actuar aisladamente, a actuar de manera concertada con múltiples sectores y asociados. Queda claro que la prevención es por mucho la mejor opción pero, como estrategia de cara al futuro, tiene algunos retos, entre ellos que las causas que dan origen a las enfermedades crónicas se encuentran en sectores no sanitarios, y aun así, el hombre enfrenta lo peor de estas enfermedades, pero posee poco control sobre los factores de riesgo.²

Dada la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores, los requerimientos de atención se complejizan y se proyectan hacia la familia los cuidados de la vida cotidiana, la adecuación e higiene del hogar, la atención a la adherencia terapéutica, el mayor gasto en medicamentos y alimentos saludables,

situación que agudiza la economía familiar. La asistencia y el trabajo social deben fortalecerse y recurrir a las potencialidades intersectoriales y locales.

El mantenimiento de la CSU para la población senescente y senil, deberá transitar por el prisma de la estratificación, en función de la territorialidad, el sexo, la edad, la situación economicosocial y la condición de salud.

Se destaca la política de mantener al adulto mayor en su comunidad y es loable el esfuerzo de los círculos y casas de abuelos, aunque se debe facilitar que se puedan crear mejores condiciones, con los medios para el cuidado, el aseguramiento y el confort, así como el diseño de atracciones culturales y educativas en horarios diurnos y el rescate de espacios e instituciones comunitarias, todavía insuficientes.

Algunas limitaciones de accesibilidad e insatisfacciones con los servicios de salud y asistencia social crean brechas de calidad que afectan la cobertura en su concepto más integral para la atención a la tercera y cuarta edad.

Las instalaciones médicas más frecuentadas por los adultos mayores deberían estar mejor adaptadas a la variedad de limitaciones físicas que los mismos puedan presentar. En ocasiones, las instituciones presentan deterioro o escasez del mobiliario en salas de espera, barreras arquitectónicas, problemas de iluminación, ventilación, o agua.

En hospitales, sucede que se requiere además complementar la comida, llevar recursos del hogar para la higiene y el cuidado, lo que pone en tensión a la familia. En sentido general, se dificulta el traslado de los adultos mayores hacia las instituciones médicas, sobre todo por las deficiencias en la disponibilidad, el acceso y el elevado costo de los servicios de autos de alquiler, que incrementa la afectación de la economía familiar.

También puede afectar la cobertura, la lentitud y complicaciones de acceso a servicios médicos, ya sea para exámenes complementarios, búsqueda de turnos para especialidades o pruebas diagnósticas más complejas, para tratamientos especializados o rehabilitación, lo cual requiere a veces repetidos viajes para el anciano o su familiar y afecta, por tanto, la resolutivez y la satisfacción de expectativas de los usuarios.

La atención de salud con cuidados especiales, ya sea al familiar adulto mayor frágil, enfermo crónico, discapacitado, o en fase terminal de la vida, así como la recuperación de las intervenciones médicas y ciertos tipos de ingresos, ocurren en el hogar cada vez con mayor frecuencia, lo cual es muy bueno desde el punto de vista humano y psicológico, pero requiere que la familia disponga, con cierta facilidad, de recursos y servicios específicos, puesto que estos procesos generan costos que muchas familias no pueden asumir y gestiones que se dificultan; implica que la calidad de la atención no sea buena, aunque sea en el hogar.

El esperado aumento de la población de adultos mayores, constituye una alerta a los diferentes sectores de la sociedad, de modo que se articulen políticas sociales que mantengan activos a los ancianos que así puedan hacerlo, que puedan favorecerse los grupos y las familias del caudal de conocimientos, habilidades y valores que han atesorado, y que se mantengan atendidos los ancianos enfermos o discapacitados, mayormente vinculados a sus hogares, pero con las condiciones y ayudas requeridas.

Las reflexiones expuestas refuerzan la responsabilidad de la sociedad y del sector de la salud en afrontar el proceso de envejecimiento poblacional, las proyecciones y

programas tienen que pasar a acciones concretas que permita a un país como Cuba con pocos recursos, pero con mucha voluntad de trabajar por el bienestar de su población, lograr intervenciones viables y sostenibles en el tiempo, donde se puedan aprovechar eficientemente las oportunidades del envejecimiento.

CONSIDERACIONES FINALES

El acelerado envejecimiento poblacional y las correspondientes repercusiones en la comorbilidad, discapacidades y limitaciones funcionales, tienen serias implicaciones sanitarias y sociales, que abarcan no solo a la cobertura, el incremento de la demanda médica y de medicamentos, asistencia psicológica y social, sino la accesibilidad geográfica, la calidad, la diversificación de servicios, el aumento de pensiones, así como la adecuación de las instalaciones a las características de los adultos mayores y sus familias, en particular dado el incremento esperado del número de ancianos solos y las limitaciones económicas de la familia cubana.

En los indicadores de salud subyacen los resultados de la cobertura, de la accesibilidad, la resolutivez, los programas de inmunización, la prevención y la utilización de tecnología avanzada que ha prolongado la duración de la vida. El fortalecimiento de los escenarios y actores que intervienen en todos los niveles del Estado y la sociedad cubana es una necesidad insoslayable y se deben desarrollar estrategias intersectoriales para el enfrentamiento al envejecimiento ya que tiene una repercusión importante en el volumen, costo y calidad de los servicios de salud que se brindan a las personas de la tercera y cuarta edad.

Lo expresado llama a la reflexión sobre el significado de la prolongación de la vida con calidad, y el reto que enfrenta la familia, los sistemas de salud y la sociedad, para contribuir al envejecimiento saludable y satisfactorio, de modo que se logre una gratificante relación funcional, mental y social, con un sentimiento de bienestar tanto físico como psíquico y la sensación de buena salud a pesar de la existencia de una o varias enfermedades o discapacidades tratadas o rehabilitadas en su evolución.

El rol del sistema de salud cubano en la atención a las personas mayores, la voluntad política del Estado, en mantener los principios de la salud pública, el hecho de otorgar una buena parte de los limitados recursos a programas sociales y sectoriales, han sido una premisa importante en la salud de la población.

Las bases institucionales creadas, el orden social, las estructuras y redes comunitarias (formales e informales), instauradas por décadas, han logrado complementar la efectividad de ese rol. Las insuficiencias materiales y de recursos financieros han sido atenuadas por las potencialidades del capital social. No obstante, las coyunturas económicas y el contexto social actual, conducen a la revisión de las políticas y programas en la dirección de una mejor sustentabilidad financiera.

Para ello será necesario organizar las acciones en función de las demandas puntuales de las personas mayores, más que organizar aquéllas en torno a los servicios disponibles, supone que una importante inversión inicial; se amortice y haga sostenible el balance en el mediano y largo plazo. Se espera que, las políticas sociales y sectoriales diferenciadas, además de contribuir a la reducción de las disparidades sociales, deriven efectos positivos en términos de rentabilidad económica y sostenibilidad financiera.²⁵

El mayor desafío estriba en articular un balance apropiado en las políticas y en las transformaciones, al asumir a las personas adultas mayores como sujetos de derecho, con garantía de oportunidades, disponibilidad y accesos, en correspondencia con las necesidades, las condiciones de vida y de los territorios; que el Estado continúe protegiendo, especialmente aquellas de mayor vulnerabilidad biopsicosocial y focalizar la sustentabilidad financiera de las inversiones para garantizar el bienestar y la calidad de los servicios de salud.

El proceso de envejecimiento poblacional tiene serias implicaciones en la sociedad, el sistema de salud y a la familia. La prolongación de la vida, el incremento de la morbilidad y la discapacidad, unido a las políticas de equidad y justicia social, elevan las demandas de atención de los ancianos en el hogar y la necesidad de servicios. No obstante, la voluntad política, ciertas condiciones sociales, económicas y organizativas, rebasan la capacidad resolutoria del sistema de salud y de la asistencia social que requieren las personas de edad avanzada, lo que genera desafíos importantes para mantener la cobertura con calidad, la sostenibilidad del sistema y la satisfacción de los usuarios y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? Ginebra: OMS. 2015 [citado 22 Feb 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html
2. Alocución de Margaret Chan, en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. 2015 [citado 22 Feb 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_3-sp.pdf
3. OMS. Hacia la cobertura sanitaria universal: Conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas. Rev Esp Salud Pública. 2013;87(1):3-9.
4. Etienne C F. El logro de la cobertura universal de salud es un imperativo moral. MedICC Review. 2015; (17Suppl): 12-3.
5. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Cuaderno de Estudios Población y Desarrollo 2010. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras. 2010 [citado 19 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.one.cu>
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. Dirección Nacional de Estadísticas. La Habana: Minsap; 2014.
7. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 30 Mar 2015]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200013&lng=es
8. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Proyecciones de la población cubana 2010-2030. La Habana: ONEI; 2010 [citado 15 Febr 2012]. Disponible en: <http://www.one.cu/proyecciones%20de%20la%20poblacion%202010%202030.htm>

9. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas. La Habana: ONEI; 2012 [citado 15 Dic 2012]. Disponible en:
<http://www.onei.cu/estudioenvejecimientoapoblacionalcenso2012.htm>
10. Zabala A MC. Retos de la equidad social en el actual proceso de cambios económicos. En: Pérez V O, Torres PR. Miradas a la economía cubana. Entre la eficiencia económica y la equidad social. La Habana: Edit Caminos; 2013. p. 163-73.
11. Lara JT. Economía del cuidado en tiempos de transformaciones económicas. En: Pérez VO, Torres PR, editores. Miradas a la economía cubana. Entre la eficiencia económica y la equidad social. La Habana: Edit Caminos; 2013. p. 149-59.
12. Díaz-Perera G, Bacallao J, Alemañy E. Subpoblaciones con perfiles epidemiológicos y de riesgo singulares en La Habana, Cuba: diabetes, hipertensión y tabaquismo. Rev Panam Salud Pública. 2012;32(1):914.
13. Arés M P, Benítez P ME. Familia cubana: nuevos retos y desafíos a la política social. Enfoques. IPS-Inter Press Service. 2009 Noviembre:21.
14. Vera Miyar CR, Hernández García RE. Vejéz. ¿Aliada de las enfermedades crónicas? Stgo de Cuba: Editorial Oriente; 2014.
15. Chávez Negrín E, Durán Gondar A, Valdés Jiménez Y, Gazmuri Núñez P, Díaz Tenorio M, Padrón Durán S, Perera Pérez M. Las familias cubanas en el parteaguas de dos siglos. Grupo de Estudios sobre Familia. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales. Colombia: Ministerio de Ciencia Tecnología, y Medio Ambiente, Ed. Dvini; 2008.
16. Constitución de la República de Cuba. Tesis y Resolución. Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. La Habana. 1976.
17. Márquez F M, Sansó S F, Alondo G P. Medicina General Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
18. Rojas Ochoa F. Salud Pública. Medicina social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
19. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Programa de Atención Integral a la Familia. La Habana; 2004.
20. Ministerio de Salud Pública. Plan de Acción Cubano sobre Envejecimiento. La Habana: MINSAP; 2002.
21. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
22. Oficina Nacional de Estadística e Información y Colectivo de autores. Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional. 2011. Primer Informe. UNFPA, ONEI, CEPDE, Edición 2011.
23. Ministerio de Salud Pública. Indicadores para medir las Transformaciones del Sistema Nacional de Salud. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 1 Nov 2012].

Disponible en:

<http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=el+proceso+de+transformaciones+para+el+sistema+de+salud+cubano&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Ffiss%2Ffiles%2F2011%2F09%2Findicadores-trasformaciones->

24. Bayarre Vea HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D. et al. Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [citado 27 Mar 2015];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es

25. Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba. Santiago de Chile: CEPAL. [citado 27 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/40183/RolandoGarc%C3%ADapdf.pdf>

Recibido: 10 de mayo de 2015.

Aprobado: 22 de agosto de 2015.

Isabel Louro Bernal. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: ilb@infomed.sld.cu

* Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2010-02-23/cumple-diez-anos-la-universidad-del-adulto-mayor/>