

Retos para el Sistema de Salud Pública dado el acelerado crecimiento del envejecimiento de la población en Cuba *

Esther María León Díaz¹

Madelín Gómez León²

Resumen

La población cubana está envejeciendo a un ritmo acelerado, (pasará de 17,2% de 60 años o más al 30,8% entre el 2009 y 2030). Presenta una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo desde 1978, y la mortalidad casi constante, factores que con una migración negativa, han llevado a una disminución de la tasa de crecimiento, observándose un declive desde 2006 con un incremento en el 2009. Con el incremento de la esperanza de vida y de la cantidad de personas mayores que llegan a más avanzada edad, es de gran importancia conocer sus condiciones de salud y necesidades de atención, dentro del contexto del sistema de salud pública, por el impacto que tendrá en la demanda de servicios. El objetivo del trabajo es proporcionar información acerca del estado de salud de la población adulta mayor, así como de su acceso a los servicios de salud. Para esto contamos con datos del año 2000, así como para el año 2009, con los cuales se realizan proyecciones del incremento de la demanda de consultas y hospitalizaciones de los adultos mayores para el 2030.

* Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de Noviembre de 2010.

¹ Centro de Estudios de Población y Desarrollo. ONE, Cuba.

² Universidad Autónoma de Barcelona, España

Introducción

La población cubana se encuentra entre las más envejecidas de América Latina y el Caribe, con una esperanza de vida al nacer de 77.97 años para ambos sexos en el período 2005-2007 y con un 17,2% de personas con 60 años o más en el 2009 y se espera alcance el 30,8% para el 2030¹. Este proceso se debe al cambio de la estructura de población, producto de las tendencias de los componentes demográficos: fecundidad, mortalidad y migraciones.

Uno de los cambios más importantes en la población cubana es su rápido proceso de envejecimiento, por ejemplo el duplicar la población adulta mayor (del 9% al 18%) le tomó a Francia aproximadamente 140 años; mientras que a Cuba le tomará alrededor de 40 años. Por otro lado, las mejoras en las condiciones de vida de la población cubana favorecieron en especial la disminución de la mortalidad infantil junto con otros grupos de edades llevando a un incremento sostenido de la longevidad, expresado en términos de esperanza de vida al nacer, Cuba alcanzó los 70 años en 1970, y 30 años después llegó a los 77 años de esperanza de vida para ambos sexos en el 2000.

Cuba es un país que se encuentra en vías de desarrollo, con muchas dificultades económicas, pero que siempre ha privilegiado el desarrollo social, frente al desarrollo económico. Por lo tanto, resulta imprescindible investigaciones específicas para aquellos grupos de población que más lo necesitan, como es en estos momentos las condiciones de vida de los adultos mayores, y así poder elaborar programas y políticas para apoyar a los adultos mayores y sus familias.

El objetivo de este trabajo es proporcionar información acerca del estado de salud de la población adulta mayor, así como de su acceso a los servicios de salud. Para ello contamos con información referida en primer lugar a los adultos mayores de Ciudad de La Habana en el año 2000 como son la esperanza de vida saludable con respecto a las enfermedades y limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria, y el análisis del uso de los servicios de salud (consultas y hospitalización) de acuerdo al status socio-demográfico y la tenencia de enfermedades. Por otro lado, a partir de las estimaciones para todo el país del promedio de consultas a centros sanitarios y hospitalizaciones a partir de una encuesta realizada en el año 2009 y las proyecciones de población para el 2030, se proyectan las necesidades de atención sanitaria a cubrir para el 2030.

También se presenta una mirada a la evolución en las últimas décadas de programas específicos y de atención de cuidados de salud dedicados a las personas de 60 años o más.

1. Datos y Métodos

Para el análisis de las condiciones de salud se utiliza información respecto a prevalencias de enfermedades y discapacidades y uso de del sistema sanitario de la Encuesta Multicéntrica sobre “Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Población” SABE³ llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud, durante 1999-2000. En esta encuesta 1.905 hombres

³ Albala C, Lebrao ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al (2005). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada*. Rev. Panam. Salud Pública;17(5/6): 307-22.

y mujeres de 60 años y más fueron entrevistados en Ciudad de La Habana, la cual es la segunda provincia más envejecida en Cuba (19,2% de personas de 60 años o más de edad⁴).

Indicadores de la Esperanza de Vida Saludable basados en el método de Sullivan⁵ fueron desarrollados con las Tablas de Vida⁶ correspondientes al período de la encuesta de Ciudad de la Habana y las prevalencias de enfermedades y discapacidades estimadas a partir de la encuesta SABE.

Se construyó la variable de tenencia de enfermedades como tener al menos una enfermedad entre las estudiadas que son:

Deterioro Cognitivo	Tumores Malignos
Depresión	Enfermedades Pulmonares
Hipertensión	Enfermedades Cardio-vasculares
Diabetes Mellitus	Enfermedades Cerebro-vasculares
Artrosis	

Como Limitaciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), se consideraron las limitaciones funcionales propuestas por Katz and Apkorm (1976): cruzar una habitación, vestirse, usar el servicio sanitario, levantarse o pararse de la cama, comer y darse un baño. Se operacionalizó como presentar al menos una limitación en las ABVD.

Como Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), se consideraron las limitaciones funcionales propuestas por Lawton and Brody (1969): cocinar, tomar medicinas, manejar el dinero, realizar los quehaceres pesados de la casa, realizar los quehaceres ligeros de la casa, llamar por teléfono, ir al médico y comprar comida. Se operacionalizó como el que presente al menos una limitación en las AIVD.

Como Limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), se definió a los efectos del análisis, como presentar al menos una limitación en las ABVD o en AIVD.

Se desarrollaron proyecciones para el 2030 del incremento de la demanda de servicios de salud en cuanto a consultas y hospitalizaciones de los adultos mayores empleando las Proyecciones de población de Cuba 2010-2030⁷.

Como hipótesis para una primera aproximación al tema se asumió la proporción de personas que utilizaron los servicios de consultas en médicos de familia, policlínicos y hospitales, así como de hospitalizaciones. Los indicadores fueron calculados por sexo y grupos de edad a

⁴ Envejecimiento de la Población Cubana. 2008. www.one.cu

⁵ Sullivan DF (2002). *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports, 1971.

⁶ 1998/2000- Tablas de Vida. Habana (Cuba), Oficina Nacional de Estadística. CEPDE-ONE, Cuba

⁷ Proyecciones de la población Cubana 2010-2030. Edición abril 2009.

partir de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2009⁸, la cual tiene alcance nacional de la parte urbana del país que representa el 75% de la población, donde se entrevistaron a partir de una muestra probabilística 7.842 viviendas y 4.539 hombres y mujeres de 60 años o más residentes permanentes en esas viviendas.

No se consideraron la cantidad de veces que fueron utilizados estos servicios y la parte rural del país. Ambas cosas se pueden valorar como limitaciones del estudio, pudiendo tener un efecto compensador, valorando que las personas en las zonas rurales, sobre todo de lugares de difícil acceso, pueden utilizar menos los servicios en policlínicos y hospitales ya que se encuentran más distantes que el consultorio del médico de la familia.

Se aplicó el test Chi cuadrado de significación estadística con el fin de evaluar la asociación de variables.

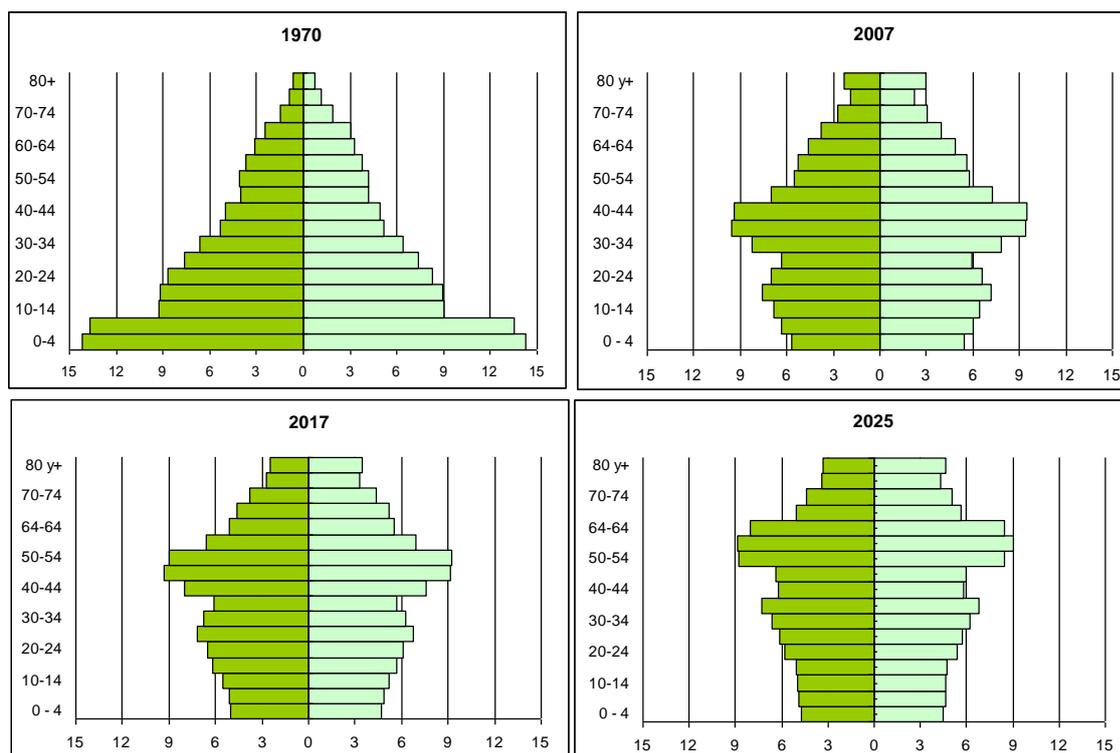
2. Evolución de la población cubana

La población cubana ha pasado de tener una estructura joven y por tanto una pirámide de población típica, a disminuir considerablemente su fecundidad y por tanto disminuir la proporción de personas en edades jóvenes, a la vez que ha aumentado la cantidad de personas que llegan a edades avanzadas producto del aumento de la esperanza de vida de la población, llevando a una inversión de la pirámide de población (Gráfico 1).

Cuba presenta desde 1978 un nivel de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, lo que hace que los nacimientos sean cada vez menos, sumado a esto una migración internacional enfocada hacia la emigración hace que cada vez el crecimiento de la población sea menor, llegando a ser negativo tres años consecutivos (2006-2008) recuperándose ligeramente en el 2009, alrededor del 0,6 % de crecimiento (Gráfico 2).

⁸ Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares 2009. CEPDE-ONE

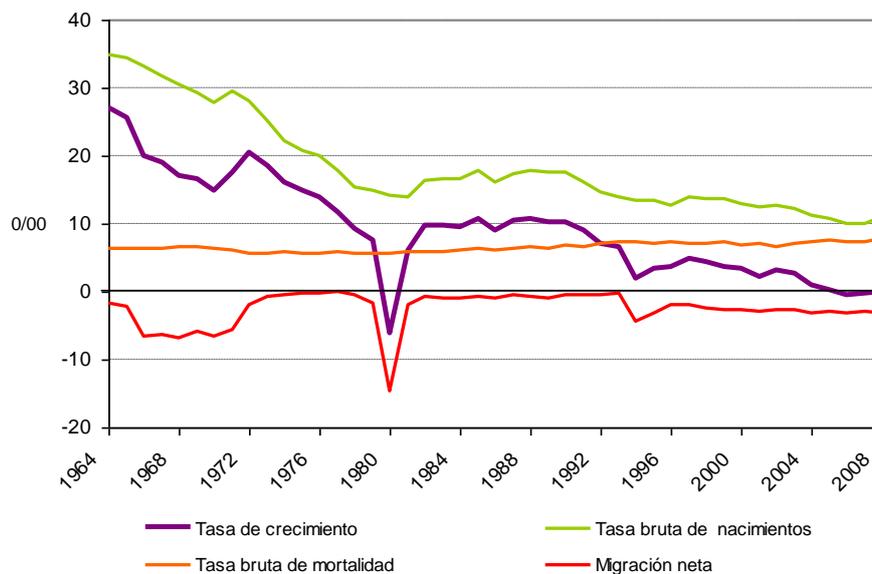
Gráfico 1. Pirámides de población, Cuba, años seleccionados



Fuente:

Elaboración propia a partir del Censo de Población y Viviendas 1970; Anuario Demográfico de Cuba, 2008 y Proyecciones de Población, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba

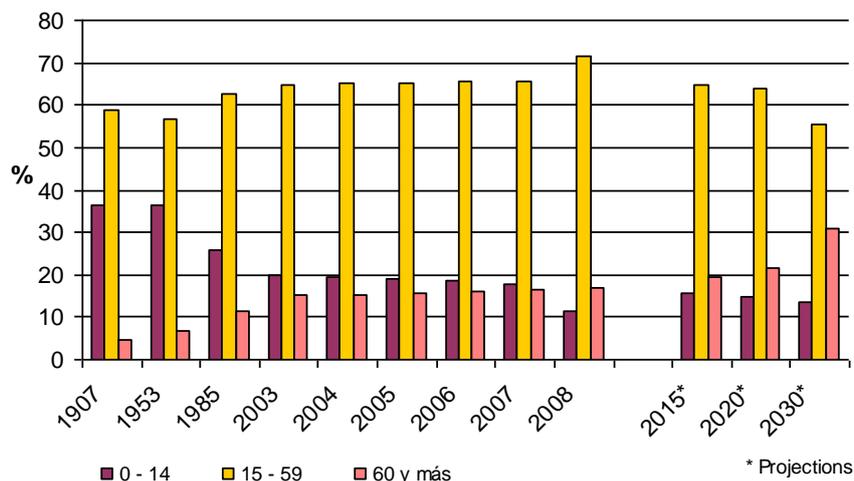
Gráfico 2. Evolución de la tasa de crecimiento y sus componentes, Cuba, 1964-2008.



Fuente: Anuario Demográfico 2006 y 2008, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba.

Visto de otra manera, la evolución de sus componentes ha llevado a que cada vez tome mayor importancia el grupo de 60 años y más, con respecto a los jóvenes, y si bien, el grupo de población activa o en edad para trabajar estuvo aumentando su proporción hasta 2008, se espera por las proyecciones que disminuya a casi un 50 %, Gráfico 3.

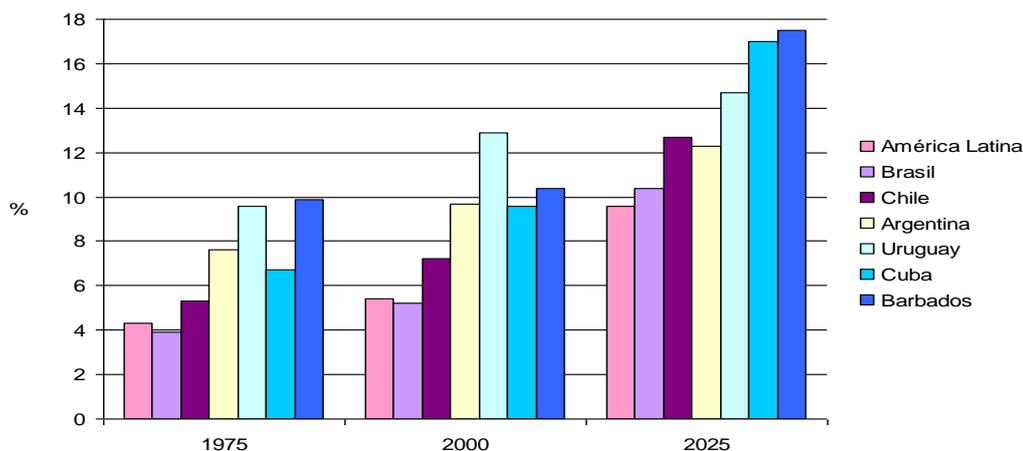
Gráfico 3. Evolución de la población por grupos de edad, Cuba.



Fuente: Anuario Demográfico 2006 y 2008, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba.

La población cubana está envejeciendo a un ritmo acelerado (Gráfico 4), de los más altos entre los Países de Latinoamérica, pasando de un nivel medio en 1975, al segundo más envejecido después de Barbados en las proyecciones para el 2025.

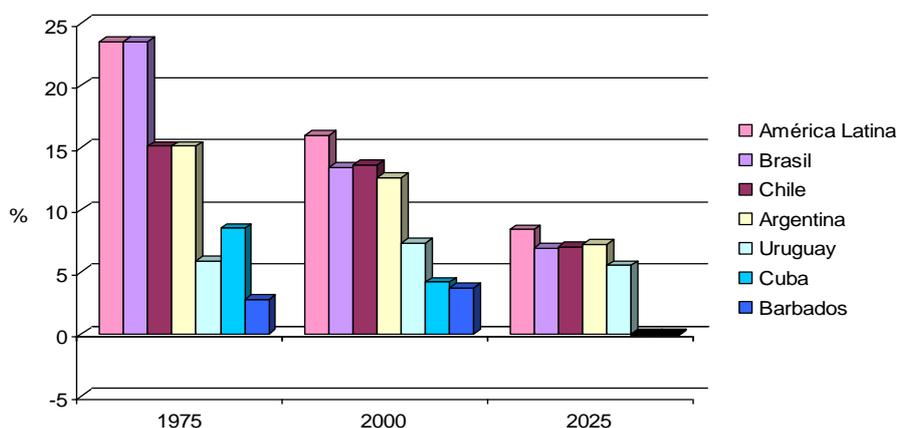
Gráfico 4. Porcentaje de población de 60 años y más en América Latina y el Caribe, países seleccionados. 1975, 2000, 2025.



Fuente: Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento, CELADE. <http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=MADRID&MAIN=WebServerMain.inl>

Cuba presenta una tasa de fecundidad que cayó por debajo del nivel de reemplazo desde 1978, y la mortalidad permanece casi constante (variando en un rango estrecho entre 5 y 7 por mil). Estos factores con una tasa de migración negativa, han llevado a una disminución sostenida de la tasa de crecimiento, siendo de los más significativos de la región (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de crecimiento en América Latina y el Caribe, países seleccionados. 1975-80, 1995-2000, 2025-30.



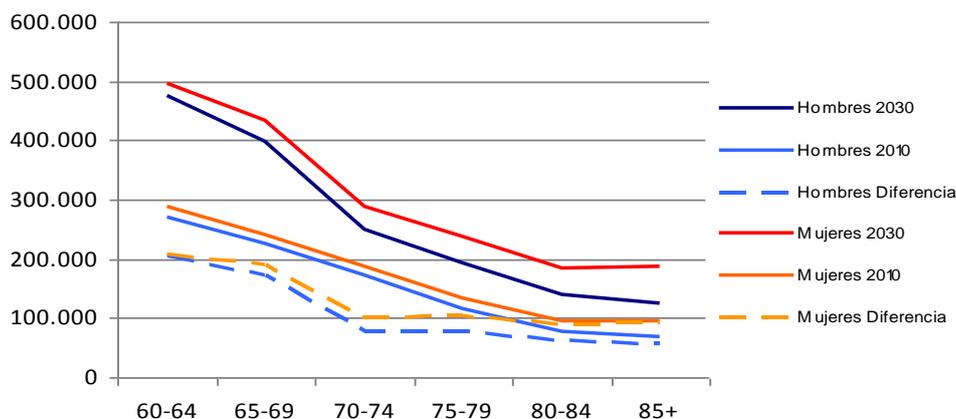
Fuente: Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento, CELADE. <http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=MADRID&MAIN=WebServerMain.inl>

3. Envejecimiento en Cuba

El incremento de la longevidad de la población cubana en las próximas décadas, como se puede observar según el cambio entre el 2010 y el 2030 (Gráfico 6), resulta significativo sobre todo en los adultos más jóvenes, de 60 a 70 años. Para el 2030 se espera un incremento de 400.000 adultos entrando a la tercera edad (comparado con el 2010); mientras que en el grupo de los más longevos (en este caso, mayores de 85 años) el incremento supone casi 200.000 personas para ambos sexos.

Para promover un proceso de envejecimiento saludable se debe tener presente que en la población de mayor edad se producen limitaciones funcionales e incremento de enfermedades entre otros factores, los que causarán que una proporción grande requiera de cuidados de salud. Por tanto es importante conocer el estado de salud de los adultos mayores para poder prever las necesidades de salud que se habrá de afrontar con el incremento de personas mayores en las próximas décadas.

Gráfico 6. Diferencias de población por grupos de edad y sexo entre las Proyecciones del 2010 y el 2030 para la Población Adulta Mayor de Cuba.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares, 2009 y las Proyecciones de Población de Cuba, 2010-2030. La Habana, 2009.

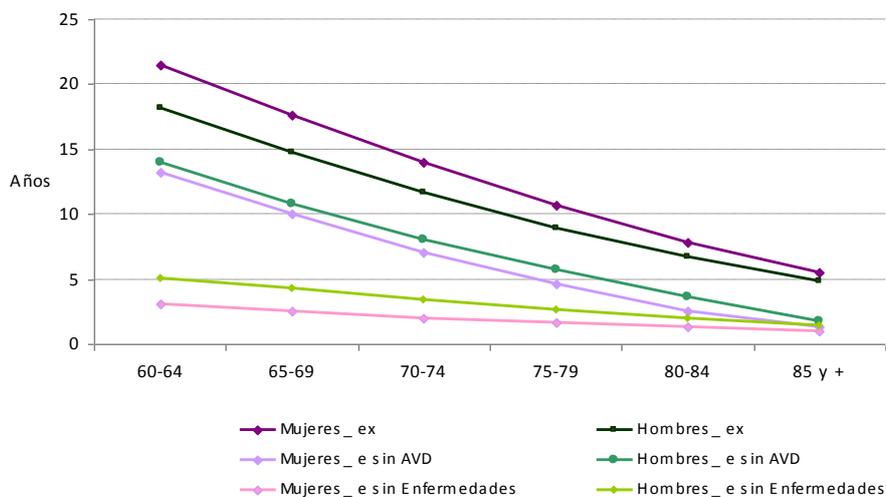
Estado de salud de los adultos mayores

En el año 2000 de la encuesta SABE se estimó que más del 80% de los adultos mayores en Ciudad de La Habana tenían al menos una enfermedad. Entre las enfermedades consideradas, la artritis y la hipertensión fueron las más frecuentemente observadas, y entre otros problemas de salud sobresale la depresión con un diferencial importante por sexo siendo en las mujeres la prevalencia del 24% el doble que en los hombres (12,1%)⁹.

La Esperanza de Vida Saludable, se estudió con respecto a la prevalencia de alguna Enfermedad, de Limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria AVD, y en la combinación de tener alguna enfermedad o limitación en las AVD (Gráfico 7). En esta se puede observar una reducción importante del número de años que quedan por vivir tanto en hombres como en mujeres sin alguna enfermedad, y con menos efecto se encuentran las discapacidades.

⁹ Albala C, Lebrao ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam. Salud Pública.

Gráfico 7. Esperanza de Vida y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad o Enfermedad a cada edad, Cuba.

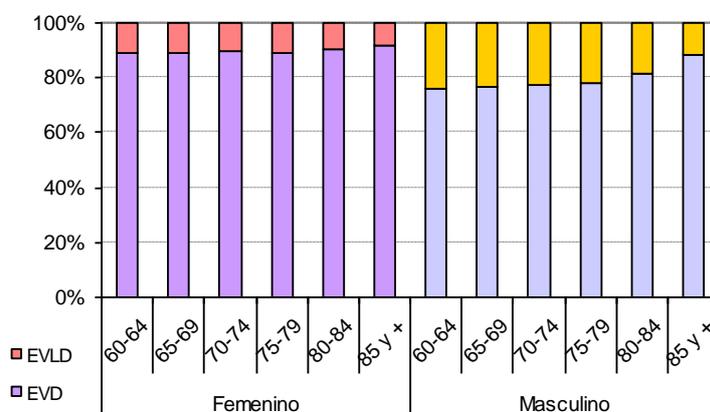


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. . <http://www.one.cu>

Las mujeres en el grupo de 60-64 años se esperaba que vivieran casi el 90% de su tiempo remanente de vida con enfermedades o discapacidades y este porcentaje casi permanecía constante por encima de las edades consideradas. Los hombres presentan una mejor situación en el grupo de 60-64 años donde menos del 80% se esperaba que vivieran su tiempo remanente de vida con alguna enfermedad o discapacidad (Gráfico 8).

Para los hombres esa proporción tiende a incrementarse hasta el grupo de mayor edad donde ellos casi alcanzan el 90%. Los datos apuntan hacia un diferencial importante con ventajas de sobrevivencia para las mujeres, pero quedan en desventaja en términos de Esperanza de Vida Saludable.

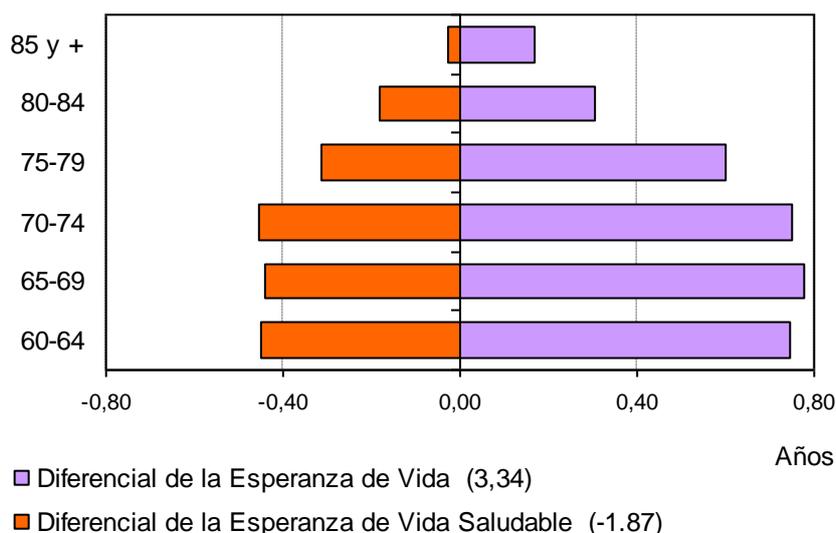
Gráfico 8. Porcentaje de años de Esperanza de Vida Libre de Discapacidad y Enfermedad a cada edad, Cuba.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. . <http://www.one.cu>

El diferencial por sexo de la esperanza de vida estudiado permite ver como las mujeres tienen una esperanza de vida a los 60 años superior a la de los hombres en 3.34 años y el aporte por grupos de edad es (positivo) a favor de las mujeres en todos los grupos de edad (Gráfico 9).

Gráfico 9. Contribución de los grupos de edad al diferencial en la Esperanza de vida y la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad y Enfermedad, Cuba.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. . <http://www.one.cu>

Sin embargo, en el caso del diferencial de la esperanza de vida saludable (libre de enfermedad o discapacidad) son los hombres los que tienen ventaja con 1.87 años más que las mujeres a los 60 años, teniendo un mayor aporte los grupos más jóvenes, minimizando su aporte los más longevos (de menos de un tercio) comparado con el de la esperanza de vida.

4. Uso de los servicios de salud

4.1. Programas y Servicios Sanitarios en función de los adultos mayores

Por el creciente número de personas de la tercera edad y sus características, se han creado nuevos programas y servicios sanitarios en función de los adultos mayores, los cuales todavía están en plena implementación y expansión a todos los niveles del sector de salud y en todas las provincias, por lo que aún resultan insuficientes en cantidad y cobertura¹⁰:

- Equipos de Atención Multidisciplinaria Gerontológica (EMAG): Servicio que se presta por un equipo multidisciplinario compuesto por médico (especialista de medicina familiar u otro), enfermera, trabajadora social y psicólogo, cuya labor está dirigida a la atención a adultos mayores frágiles y en estado de necesidad.
- Ingresos domiciliarios de continuidad: es un servicio médico-social que continúa el tratamiento comenzado en los niveles de atención hospitalaria.
- Servicios de Rehabilitación: Salas de rehabilitación que se encuentran en la mayoría de los Policlínicos para dar cobertura a las personas necesitadas.
- Centros Comunitarios de Salud Mental del Área de Salud: centro que presta servicios de salud mental, brinda cobertura a los problemas identificados, desempeña una labor preventiva con grupos de riesgo y vulnerables, así como ofrece servicios de orientación.
- Casas de Abuelos: es una alternativa no institucional de servicio que se presta en la comunidad para los adultos mayores que quedan solos durante el día y no son capaces de realizar actividades instrumentadas de la vida diaria.
- Servicios de suministro de ayudas técnicas: Servicio que se brinda a personas

necesitadas de ayudas técnicas (sillas de ruedas, camas Fowler, oxígeno, etc.)

Existen otros servicios, ubicados directamente en los centros de salud u otros de régimen interno:

- Salas o Servicios de Geriatría: servicio médico social y de rehabilitación de un Hospital Clínico Quirúrgico o General (Municipales, Provinciales o Nacionales) que se dirige como servicio vertical para adultos mayores (AM).
- Hospital de Día Geriátrico: servicio médico –rehabilitatorio– social de continuidad en el tratamiento.
- Servicios hospitalarios de continuidad: es un servicio médico- rehabilitatorio que combina la atención especializada en la detección y control de enfermedades crónicas con un cuidado continuado de rehabilitación bio-psicosocial, con el objetivo de prevenir el deterioro o mejorar el estado funcional del AM.
- Servicios de Cuidados Paliativos: servicios médicos y de apoyo no curativos, para pacientes con enfermedades terminales (esperanza de vida de menos de 6 meses).
- Hogar de Ancianos: servicio socio–sanitario para personas de edad en estado de necesidad, cuya situación social y de salud no ha podido ser solucionada en la comunidad.

Programas de Asistencia Social

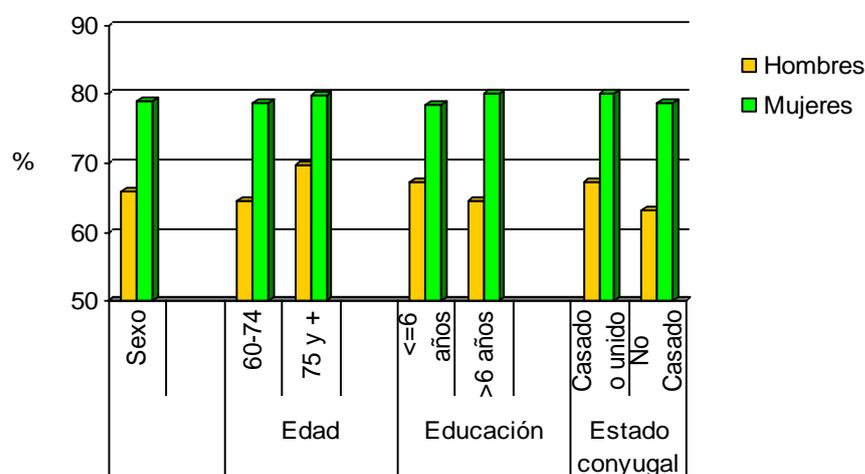
- Nuevos programas de asistencia social para pagar la atención de un cuidador para los ancianos encamados que viven solos o con cónyuge del adulto mayor solamente.
- Las nuevas regulaciones en términos de asistencia social para apoyar a las personas que están encamadas y requieren un cuidador y la familia trabaja (pago parcial o total de salario a un cuidador)

4.2. Uso de los servicios de salud

➤ Consultas al médico

Con relación a asistir al médico se encontró asociación significativa con la variable sexo (Gráfico 10). Del total de mujeres, casi el 80% asistió a alguna consulta en los últimos doce meses, y para los hombres fue del 65%. Esto quiere decir que 4 de cada 5 mujeres de 60 años o más y 2 de cada 3 hombres asistieron a consulta, lo que representa un número considerable de personas mayores que debe atender el sistema de salud.

Gráfico 10. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según características socio-demográficas y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. . <http://www.one.cu>

Por grupos de edad, se encontró que no hay asociación significativa con asistir a consulta si pertenece a un grupo u otro de edad, es decir que el tener entre 60 y 74 años o estar en el grupo de 75 años o más no se puede asociar a la concurrencia a consulta. No obstante, en los hombres se da un ligero aumento del porcentaje de hombres de 75 años o más que asisten a consulta con respecto a los que tienen 60 a 74 años, de un 65% a un 70%.

Esta descrito en la literatura especializada que las mujeres tienen una mayor tendencia a asistir a consulta que los hombres en cualquier contexto, dado que tienen a lo largo de su vida un contacto más cercano con los servicios médicos, por diferencias de roles. Ya sea por

cultura o tradición, las mujeres son por lo general las encargadas de llevar a los hijos al médico y son las que cuidan también a los enfermos, por tanto les resulta más natural asistir al médico.

En el caso de los hombres, aumenta ligeramente asistir a consulta cuando tienen más edad, lo cual puede estar relacionado con el aumento de las enfermedades y limitaciones que presentan, y que necesiten por tanto de la asistencia médica.

En el caso del nivel de educación, tampoco se encontró significación estadística con el hecho de asistir a consulta, los adultos mayores se distribuyen el asistir a consulta con independencia del nivel de educación que tengan. No obstante, se puede observar que en los hombres, los que tienen menor nivel de educación, presentan un ligero aumento en la proporción de asistencia a consulta, con respecto a los que tienen mayor nivel de educación. (Gráfico 10).

Este hallazgo en cuanto a la no asociación entre el nivel de educación y el acceso a los servicios de salud contrasta con lo encontrado en la bibliografía analizada anteriormente, ya que se había encontrado que era una variable importante tanto para el estado de salud como para el acceso a los servicios.

Hay que destacar que en otros contextos el nivel de educación está muy relacionado con el nivel de ingresos, y por lo general los sistemas de salud en el mundo cuentan con una variedad de servicios de salud, privados y públicos, como los seguros médicos de cobertura total o parcial entre otros, los cuales presentan un acceso diferenciado en cuanto a nivel de ingresos y de educación, como en lo encontrado en el caso de Brasil¹¹ y en otros países desarrollados¹².

El estado conyugal no fue significativa con la asistencia a consulta, aunque para los dos sexos se muestra que tienen un ligero mayor porcentaje de asistencia a consulta los que están casados o unidos con respecto a los no casados. (Gráfico 10).

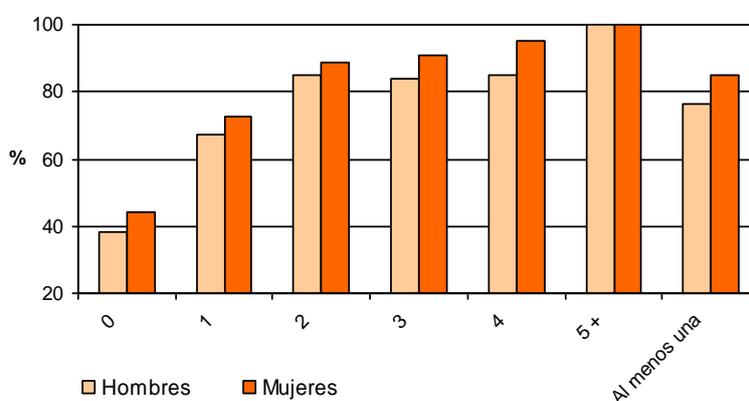
¹¹ Lebrao M. Lúcia, Oliveira Duarte, Yeda, *SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial*, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edición, OPS, Brasília, 2003.

¹² Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al., *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet 1997.

En el caso de las enfermedades crónicas¹³ si tienen relación significativa con asistir a consulta, quiere decir, en este caso que el asistir a consulta está muy relacionado con el hecho de tener o no enfermedades, y la cantidad de enfermedades.

En el Gráfico 11 vemos que en el caso de las personas que no presentan enfermedades crónicas, asisten al médico al menos una vez en el último año, más de un 30%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. El presentar al menos una enfermedad hace que aumenten las consultas a más de un 70% en los hombres y más de un 80% en las mujeres.

Gráfico 11. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según cantidad de enfermedades crónicas y sexo.



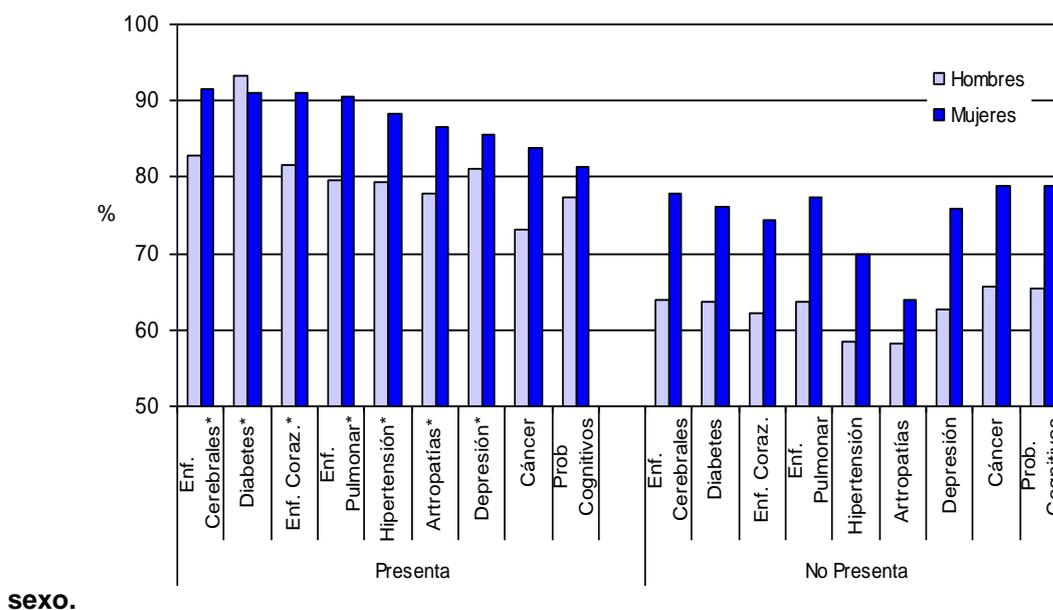
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. . <http://www.one.cu>

A medida que aumenta la cantidad de enfermedades, aumentan las consultas, llegando a realizar consulta en los últimos doce meses todos los adultos mayores que tienen más de 5 enfermedades.

En el Gráfico 12, vemos como se dijo anteriormente, que las personas que presentan enfermedades van más a consulta que las que no presentan, tanto para hombres como mujeres y en todas las enfermedades estudiadas. Del total de mujeres, asisten a consulta alrededor de un 90% por enfermedades cerebro-vasculares, del corazón, de los pulmones y por diabetes. Por el resto de las enfermedades van alrededor del 80%.

¹³ Enfermedades crónicas: Enfermedades cerebrovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares y cáncer.

Gráfico 12. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según enfermedades y



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. <http://www.one.cu>

Para los hombres, es menor el porcentaje que asiste a consulta, tanto en los que presentan como los que no presentan con respecto a las mujeres, con excepción de la diabetes.

Como se observó anteriormente, existe un diferencial por sexos tanto en la presencia de enfermedades, como en asistir a una consulta médica, las mujeres son las que más enfermedades tienen y las que más asisten al médico.

➤ Hospitalización

El Sistema Nacional de Salud está concebido en función de brindar la mayor cantidad de servicios de salud en el primer nivel de atención, el cual organiza sus servicios de salud desde la prevención de enfermedades, hasta el ingreso domiciliario atendido por el médico y la enfermera de la familia, en los casos que esto procede, el segundo nivel de hospitalización se realiza en los Policlínicos Principales de Urgencias (PPU) y en los hospitales.

De aquí que el porcentaje de adultos mayores que han estado ingresados en hospitales es bajo, y responde solo a los que estuvieron ingresados en un hospital al menos una noche en los

últimos cuatro meses. Se hospitalizaron el 6.1% de los adultos mayores, siendo ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (Cuadro 1).

Cuadro 1. Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron en los últimos 4 meses por sexo y ciudad. Año 2000.

Hospitalización	Hombres	Mujeres	Total
Ciudad Habana (Cuba)	5,9	6,2	6,1
Sao Paulo (Brasil)	7,1	5,1	5,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. [http:// www.one.cu](http://www.one.cu)

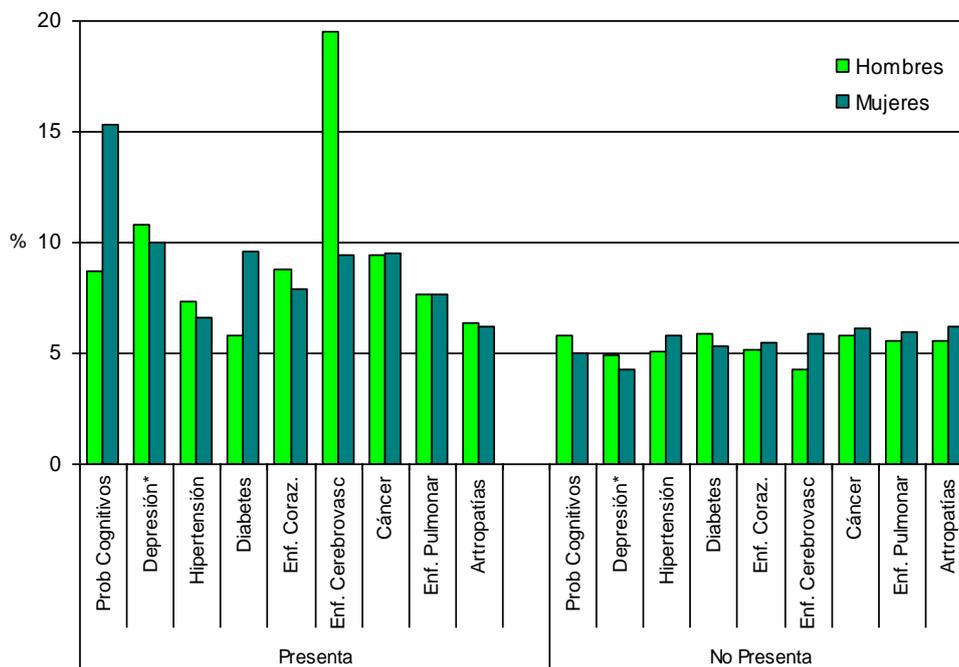
Comparando este nivel de hospitalización con otros contextos, en este caso la información para Brasil, que realizó la misma encuesta SABE, organizada por la OPS, se constata que el nivel de hospitalización en el estudio para Brasil es semejante en cuanto al nivel de los porcentajes, teniendo que las mujeres cubanas presentan una pequeña proporción mayor de ingresos hospitalarios que las brasileñas, mientras que en los hombres es al contrario, los cubanos presentan menos proporción que los brasileños.

Por lo general, tanto en hombres como en mujeres, la presencia de enfermedades hace que aumente el porcentaje de hospitalización. (Gráfico 13)

En el caso de la depresión, presenta asociación significativa con la hospitalización, teniendo que la proporción de hospitalizaciones cuando tienen la enfermedad, aumenta en el doble con respecto a los que no la tienen, tanto para hombres como para mujeres.

En el caso de las mujeres, la diabetes y el deterioro cognitivo, son enfermedades que tienen asociación significativa con la hospitalización. La proporción de hospitalizaciones cuando presentan diabetes aumenta en el triple, mientras que cuando presentan deterioro cognitivo es del doble con respecto a las que no presentan estas enfermedades.

Gráfico 13. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según si presenta enfermedades o no y sexo.



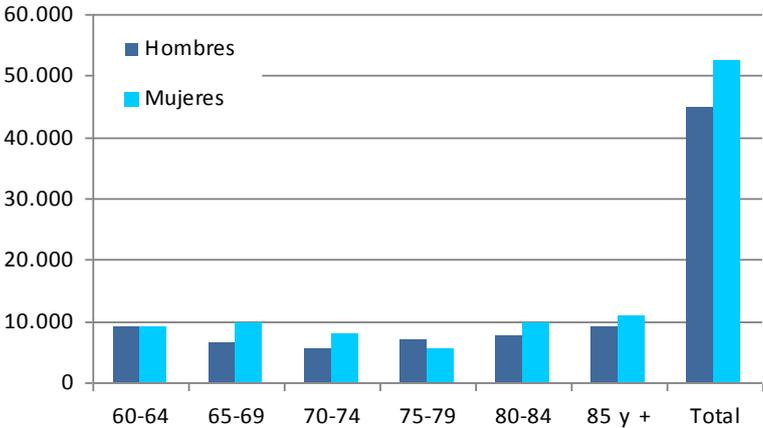
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SABE, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. [http:// www.one.cu](http://www.one.cu)

En los hombres, la enfermedad cerebro-vascular presenta asociación significativa con la hospitalización, aumentando casi cinco veces la proporción de hospitalización cuando se tiene enfermedad cerebro-vascular.

5. Proyección del incremento de la demanda de consultas y hospitalizaciones de la población adulta mayor para Cuba en el 2030 con relación al 2010.

Las proyecciones del incremento de las demandas de hospitalizaciones en las personas de la tercera edad muestran que se llegará en el 2030 a alcanzar la cifra de 100.000 personas de más de 60 años, lo que se puede ver por grupos de edades en el Gráfico 14. Las mujeres (excepto en el grupo de edad 75-79) tienen mayor incremento en las hospitalizaciones. Por grupos de edad los más afectados son los más jóvenes, de 60-64 años y los de más edad, de 85 y más.

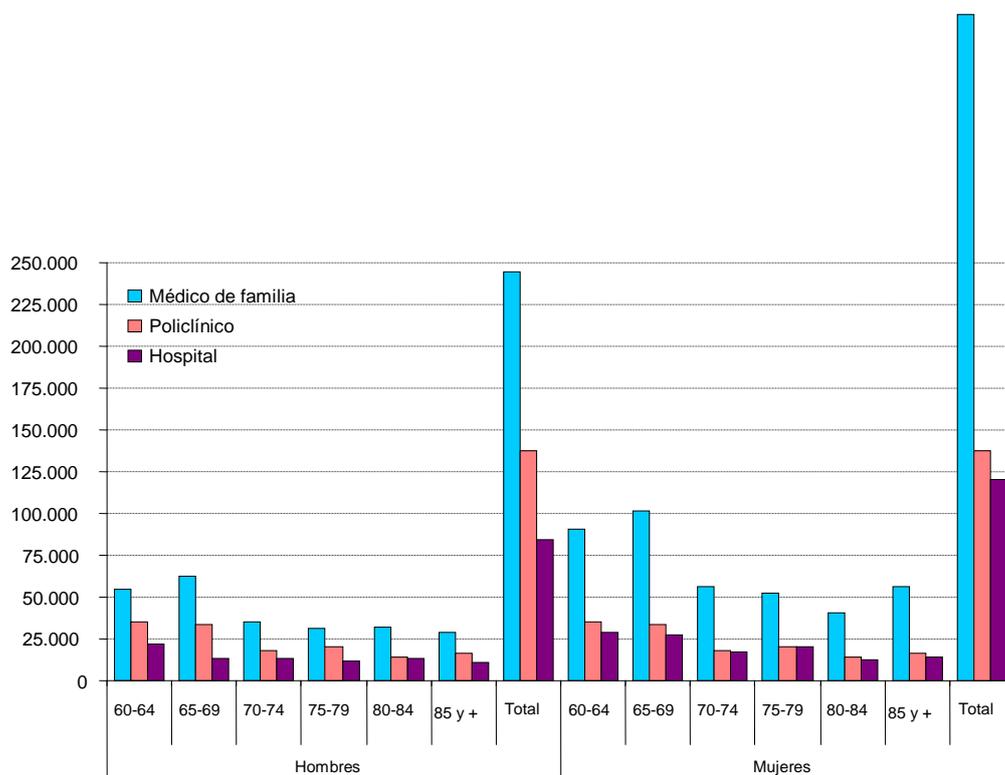
Gráfico 14. Proyección del Incremento de Hospitalizaciones en el año para el 2030 comparado con el 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares 2009 y Proyecciones de población, Cuba, 2010-2030, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. [http:// www.one.cu](http://www.one.cu)

Las proyecciones de asistencia a centros médicos por orden de cercanías al paciente (médico de familia, policlínico y hospital) se encuentran en el gráfico 15. El mayor incremento de asistencia a centros médicos para todas las edades y en ambos sexos se da en los médicos de familia (ya sea porque es el más cercano al individuo o porque para recurrir al especialista necesita primero acudir a este).

Gráfico 15. Proyección del Incremento de asistencia a centros médicos en el año para el 2030 comparado con el 2010.



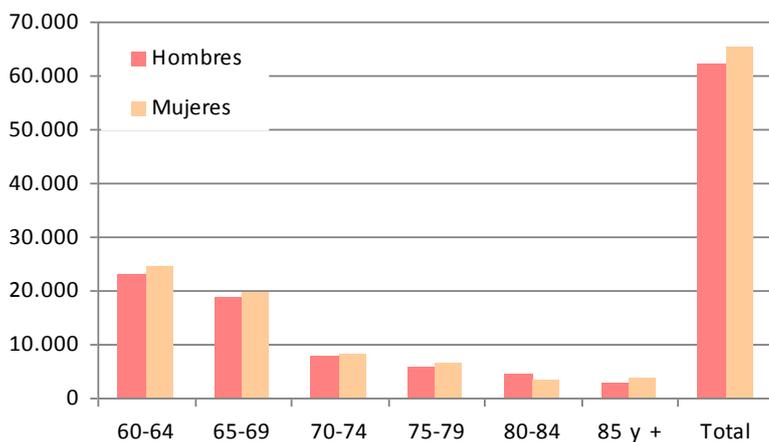
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares 2009 y Proyecciones de población, Cuba, 2010-2030, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. [http:// www.one.cu](http://www.one.cu)

En el caso de las mujeres llega a hacer de 400.000 el incremento de estas consultas al médico de familia, mientras que para los hombres es casi la mitad. En el caso de consultas a policlínicos y hospitales no hay tanta diferencia entre sexos en el total de consultas.

Los más jóvenes tienen más incrementos de acceso a centros de salud que los de mayor edad, aunque en el caso de las mujeres es de destacar similar nivel de consultas al médico de familia para todas las edades.

En el caso de las demandas de consultas estomatológicas, se proyecta que el incremento de consultas a personas de la tercera edad llegará en el 2030 llegará a ser de alrededor de 125.000 personas en el año (Gráfico 16).

Gráfico 16. Proyección del Incremento de asistencia a consultas estomatológicas al año para el 2030 comparado con el 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares 2009 y Proyecciones de población, Cuba, 2010-2030, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba. <http://www.one.cu>

Por grupos de edad se observa una disminución del incremento de las consultas a medida que aumenta la edad en ambos sexos, siendo para las mujeres mayor el incremento que en los hombres (salvo en el grupo de 80-84).

6. Conclusiones

La población cubana ha pasado por grandes transformaciones en el último siglo. El mejoramiento en las condiciones de vida de la población ha conllevado un aumento de la esperanza de vida al nacer de 78 años, lo cual presupone el incremento de la longevidad en Cuba, con cada vez mayor número de personas que sobrepasan los 60 años e incluso los 85 años de vida.

Es un logro de la sociedad en su conjunto el alcanzar estos valores, a la vez que plantea enormes retos sociales y económicos, sobre todo para un país en vías de desarrollo como es Cuba. Y es que pasamos de ser una sociedad con grandes gastos públicos en educación y

salud para niños y jóvenes, a una sociedad cada vez con menos jóvenes y más adultos mayores, los cuales tienen necesidades diferentes (sobre todo en materia de salud).

En el año 2000, 4 de cada 5 mujeres (mayores de 60 años) en Ciudad de la Habana asistían a consultas médicas, mientras que para los hombres resultaban ser algo más de 3 de cada 5. Para el año 2030, se prevé un incremento en casi 400.000 las consultas a este grupo de población. Por otro lado, es de destacar que los mayores incrementos en atención a consultas se prevén en los médicos de familia.

Estos datos nos advierten de la necesidad de formación en materias de gerontología y otros dedicados específicamente a sus necesidades, desde el punto de vista de salud, pero también de atención social.

7. Referencias Bibliográficas

Albala C, Lebrao ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al (2005). *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada*. Rev. Panam. Salud Pública;17(5/6): 307-22.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2009). *Proyecciones de Población 2010-2030*. Oficina Nacional de Estadísticas, La Habana, Cuba. www.one.cu

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (2008). *Envejecimiento de la Población Cubana*. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), La Habana, Cuba.

González F. and Ramos O. (1996). *Cuba: Balance e indicadores demográficos estimados del período 1900-1959*. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) y Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), La Habana, Cuba.

Jagger C, Cox, B, Le Roy S, EHEMU (September 2006). *Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method*. Third Edition. EHEMU Technical Report.

Lebrao M.L. y Oliveira, Y. (2003). *SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial*, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edición, OPS, Brasilia.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al. (1997). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet.

Oficina Nacional de Estadística (2002). *Tablas de Vida 1998/2000, Habana, Informe, Cuba.*

Oficina Nacional de Estadística (2009). *Encuesta Nacional de Ocupación y Situación Económica de los Hogares 2009.* Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) y Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Cuba.

Robine J-M, Romieu I, Cambois E, Van de Water HPA, Boshuizen HC, Jagger C (1995). *Global assessment in positive health: contribution of the Network on Health Expectancy and the Disability Process to World Health Report 1995 (WHR95) by World Health Organization (WHO).* Montpellier/Leiden/Leicester: INSERM/TNO-PG/Univ. of Leicester; 1-50.

Robine J-M, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM (2003). *Determining Health Expectancies.* Wiley.

Sullivan DF (1971). *A single index of mortality and morbidity.* HSMHA Health Rep.; Apr, 86(4): 347-54.