

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL "LUÍS RAMÍREZ LÓPEZ" GUANTÁNAMO

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA CUBANO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Lic. Julia Sosa Prevost¹, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres², Dr. Benavides Enrique Pupo Durán.³

1 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciada en Pedagogía y Psicología. Asistente.

2 Máster en Longevidad Satisfactoria. Licenciado en Educación Especial. Instructor.

3 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Psiquiatría.

RESUMEN

El presente trabajo aborda la evolución histórica y perspectivas del programa cubano para la atención integral al adulto mayor. Se realiza una breve descripción desde las etapas de la atención al anciano en Cuba, período revolucionario, inicio de las premisas teóricas que lo sustentan y objetivos del programa. Se emiten consideraciones al respecto.

Palabras clave: programa, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; está presente en todas las etapas del desarrollo social y es de mucho interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo se asiste a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre sitúa como etapa de vejez lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la

humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Según datos de las Naciones Unidas, en 1950, existían en el mundo 200 millones de personas mayores de 60 años, pero ya en 1975 esta cifra alcanzó los 350 millones. Las proyecciones demográficas indican que en el año 2000 habrá alrededor de 600 millones de ancianos, cifra que prácticamente se duplicará en el año 2025.

Para muchos, todavía este fenómeno no es un problema del tercer mundo, sino propio del mundo desarrollado. En realidad, hace ya más de un decenio se reconoce lo contrario. En 1950 existía igual proporción de personas viejas viviendo en países desarrollados que en países en desarrollo y se espera que para el año 2000, 2 de cada 3 ancianos vivan en las zonas menos favorecidas económicamente.

En los próximos 40 años, 8 de los 11 países más envejecidos del mundo, pertenecerán al grupo de países en vías de desarrollo. Los pronósticos con relación a las tasas de crecimiento esperadas de la población general permiten asegurar que el porcentaje de la población anciana se duplicará en los próximos años en estos países.

Si se busca a fondo lo que los términos relativos pueden decir, el Tercer Mundo deberá añadir a los latentes problemas de la deuda externa, el inadecuado orden económico y la falta de una integración económica eficaz, al envejecimiento de sus poblaciones y deberá hacerlo con una ínfima parte de los recursos con los que cuentan los países desarrollados.

Por otra parte, esta transición demográfica en los países en desarrollo ocurre rápidamente, lo que acentúa la dificultad de su manejo; ellos deben responder a una diversidad de prioridades y tienen grandes dificultades para cambiar, tan rápidamente, el orden de éstas. Los programas de control de la natalidad, con la consiguiente disminución de la misma y la aplicación de mejoras sociales en algunos de estos países, permiten un envejecimiento demográfico que no se correlaciona con una mejoría espectacular de la situación socioeconómica de los mismos.

Las personas de la tercera edad que viven en el Sur y en especial los que viven en América Latina deben sumar a la pérdida de la capacidad de adaptación que impone el envejecimiento y a las particularidades que las enfermedades de la vejez conllevan, un medio ecológico y socioeconómico hostil al cual deben adaptarse o perecer.

El crecimiento de este segmento poblacional determinará un aumento de los gastos estatales dedicados al mantenimiento de esta fracción,

usualmente no productiva económicamente, ya que no sólo aumenta el número y proporción de ancianos sino que se prolonga la cantidad de años vividos en esta etapa.

DESARROLLO

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

La repercusión del envejecimiento y las enfermedades que se les asocian sobre los sistemas de salud son evidentes. Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos en cualquier país, lo que determina una preocupación especial aún en los países económicamente más poderosos.

Ya la Organización Mundial de la Salud, impulsada por el objetivo de sus países miembros de lograr: Salud para todos en el año 2000, definió en el llamado "Principio de la Igualdad" de la Declaración de Alma Ata, lo siguiente:

"La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política social económicamente inaceptable y por tanto motivo de preocupación para todos los países". El reconocimiento que este principio hace a la diferencia objetiva y señalada entre el estado de salud y asistencia social del mundo desarrollado y el de los países en desarrollo es un marcado paso de avance.

Sin embargo, esta realidad aunque sea inaceptable, es sin duda muy difícil de modificar bajo las condiciones actuales en que vive el planeta. Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población. El 12 % de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que aumentará, según estimaciones, a un 14 % en el año 2000 y a 21 % en el 2025, con una expectativa de vida al nacer actual de 75 años. En términos relativos la proporción de ancianos en Cuba es superior a la de los países subdesarrollados. En el año 2000 alcanzó casi el doble si se compara con los países en vías de desarrollo y cerca de

1.5 veces con relación a las cifras mundiales. Esta proporción se mantendrá en el año 2025.

El envejecimiento no sólo se comporta como un aumento de la cantidad absoluta y relativa de los ancianos, aumenta también ostensiblemente la cantidad de años que han de vivir éstos al arribar a la tercera edad. La expectativa de vida geriátrica o expectativa de vida a los 60 años, en Cuba, aumenta sensiblemente: en 1950 ésta era de 15.5 años y en menos de 40 años se elevó a 20.5 años, según datos de 1986. Los actuales niveles de envejecimiento de la población anciana son comparables con los más altos del mundo. Especialmente es destacable la expectativa de vida geriátrica de los hombres cubanos, la cual excede los 19.5 años.

Un dato importante que se comienza a manejar es el aumento de la cantidad de los llamados "viejos", con implicaciones socioeconómicas y médicas muy especiales. La expectativa de vida actual de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7.6 años.

Estos hechos que testimonian el aumento de la longevidad de la población cubana, representan a la vez un avance y un reto para su atención. A este reto, debe dedicarse el mayor esfuerzo.

ETAPAS DE LA ATENCIÓN AL ANCIANO EN CUBA

La atención al anciano cubano se limitaba en los años 50, a los beneficios derivados de un pequeño presupuesto estatal que no siempre cumplía sus objetivos y a las recaudaciones obtenidas por instituciones religiosas y caritativas. Estos escasos recursos sólo permitían subsistir a unos 20 "asilos" de ancianos, atendidos principalmente por personal eclesiástico. En esta época, en Cuba no existía una tradición geriátrica y solamente un mal llamado "Instituto del Viejo" de carácter privado, que atendía a un pequeño grupo de ancianos dentro del Sistema Mutualista. La falta de fuentes de datos hace muy difícil resumir cuantitativamente esta etapa, desde el punto de vista de la atención al anciano.

Período Revolucionario

Al inicio de los 60 se producen radicales cambios políticos y socioeconómicos los cuales repercuten en todos los aspectos de la vida del país. La salud tiene un papel prioritario en esta nueva concepción. Garantizada para la totalidad de la población y con carácter gratuito, la atención al anciano es, en su condición de componente vulnerable de la sociedad, una de las más beneficiadas con estos cambios.

Al cumplirse con este principio básico, que supera de una vez las diferencias e iniquidades de la sociedad y que como condición primera garantiza iguales derechos sociales a todos los ciudadanos, se inicia no sólo una profunda reforma en los sectores de la salud y seguridad social, sino que además se cumple con un objetivo que aún parece inalcanzable, incluso quimérico, no sólo para la Cuba de ayer sino para muchos países cuarenta años después y a las puertas de un nuevo milenio.

Esto, no puede olvidarse, se hace en medio de unas circunstancias económicas muy difíciles agravadas por el criminal bloqueo que, injusto y con intenciones genocidas, impone el imperialismo norteamericano.

Como es bien conocido los programas actuales de atención al anciano no cubren todas las necesidades de las personas de 60 años y más. Estas necesidades son similares en casi todos los países de América Latina, pero las diferencias estriban en el orden de prioridades que les de cada país. La familia, por si sola, ya no puede atender los nuevos problemas y necesidades sin el apoyo de programas y servicios de la sociedad, patrocinados por los gobiernos u organizaciones no gubernamentales, a menudo en asociación con organizaciones voluntarias.

Existe disparidad entre la disponibilidad y distribución de los recursos técnicos y humanos entre los países de la región, y aún dentro de un mismo país, entre las áreas urbanas y rurales. Cuba no está excluida de los fenómenos de la sociedad moderna que desvirtúan en cierta medida el papel protector de la familia hacia el adulto mayor. Por otra parte los programas de pensiones, seguridad social y atención médica gratuita han de enfrentar las demandas crecientes de este grupo poblacional.

Por ejemplo: en el país existen alrededor de 40500 adultos mayores que reciben asistencia social. Algo más del 9 % de los ancianos viven solos y se considera que alrededor del 13 % tengan algún grado de conflicto filial, lo que unido a cierta tendencia a la jubilación temprana obliga a proyectarse hacia una mayor atención comunitaria de los adultos mayores a través de los Consejos de Salud e instituciones diurnas para ancianos.

Todo lo anterior, asociado al poco valor de las formas tradicionales de medir salud en el anciano y el porcentaje de necesidades no reconocidas de los mismos, determinó que tomando en cuenta la realidad y la experiencia internacional, se implementará una política de desarrollo de la atención al anciano. Esto hace que la más alta dirección del gobierno del país y en conmemoración con el X Aniversario de la Asamblea Mundial de Envejecimiento decidiera acrecentar los esfuerzos y dinamizar las respuestas necesarias para que Cuba cumpliera con los

principios y recomendaciones sobre Envejecimiento de la Asamblea de Naciones Unidas hechas en Nueva York en 1992 y así brindar la calidad de vida óptima a los ancianos. Destacan dentro de estos esfuerzos la fundación del Centro Iberoamericano de la Tercera Edad y la puesta en marcha de un nuevo Programa de Atención Integral al anciano cubano.

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

El Ministerio de Salud Pública propone desarrollar el Programa de Atención al Adulto Mayor entre los cuatro fundamentales conjuntamente con el Materno-Infantil, el de Enfermedades Trasmisibles y el de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles. Las condiciones de atención de salud, asistencia y seguridad social logradas por el país para toda la población son reconocidas como quiméricas para muchos de los países en desarrollo y para algunos desarrollados. Sin embargo la magnitud alcanzada por el envejecimiento de la población y la rapidez con que aconteció este fenómeno, necesitó de todo un vuelco de su sistema de prioridades en política de salud para permitir enfrentar la nueva situación creada, que por demás comienza a tener su clímax, cuando la nación enfrenta sus peores condiciones socioeconómicas en los últimos 30 años.

En el inicio de la década de los 90, el sistema de salud teniendo en cuenta los cambios demográficos anteriormente señalados y el cuadro epidemiológico nacional, debe hacer un reajuste en su proyección de trabajo la cual se recoge en los llamados objetivos, propósitos y directrices de la salud cubana para el año 2000, en este documento sin que se le reste un ápice de importancia a los aspectos tradicionales de la política sanitaria, se introduce con una fuerza mayor la lucha contra las enfermedades crónicas no trasmisibles y la búsqueda de mejores respuestas a las necesidades de salud de la población anciana, todo ello, reitero, con el gravamen del bloqueo a que estamos arbitrariamente sometidos y que repercute en aspectos tan sensibles como la alimentación y los medicamentos.

Además de estos antecedentes, se toman en cuenta algunas premisas teóricas las cuales consideran que:

- Las respuestas tradicionales a la problemática del anciano brindada por los países de mayores recursos económicos no podían ser simplemente extrapoladas a este medio y que su posible aplicación debía tomar en cuenta la gran diferencia entre las condiciones sociales y económicas de ambos contextos.
- Sería fundamental que el programa se adaptara al momento de reforma del sector salud en el país donde se destacan desde el punto de vista estratégico el fortalecimiento de la descentralización, intersectorialidad y participación comunitaria.

- Debía ser aprovechada al máximo: La favorable estructura socio-sanitaria con que cuenta el país.
- El potencial que representa la gran experiencia acumulada, por la comunidad y la familia en la participación de la solución de sus propios problemas sociales y de salud.
- Toda la infraestructura, recursos humanos y experiencia acumulada en la atención a este grupo de personas.

Que sería fundamental, la respuesta integral médico-social a los problemas del adulto mayor, a partir del fomento del trabajo intersectorial, pero con el propósito presente y futuro de que sea la comunidad quien genere las soluciones a los problemas por ellos diagnosticados, buscando que los programas para los ancianos se integren, cada vez más, al de otros grupos poblacionales vulnerables.

A partir de todo esto, se comienzan los trabajos para el desarrollo, estudios de factibilidad y extensión posterior del programa.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- I. Proveer a la atención comunitaria, de instrumentos, métodos y estructuras que le ayuden a diagnosticar, prevenir y encontrar soluciones locales a las necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de sus ancianos como forma de garantizar su calidad de vida.
- II. Elevar la calidad de la atención institucional al anciano.
- III. Desarrollar un programa extensivo e intensivo de preparación de los recursos humanos calificados y especializados, necesarios en la implementación del presente programa.
- IV. Promover el desarrollo de investigaciones que permitan conocer, en su carácter multidimensional, el envejecimiento individual y poblacional en Cuba, su repercusión y las respuestas a sus retos.

En la atención comunitaria el proyecto pretende crear alternativas a nivel de la comunidad, tanto para conocer las necesidades individuales y colectivas del anciano como para la solución a nivel local de gran parte de éstas.

Comprende la participación de 3 pilares fundamentales:

- Estructura político-administrativa.
- Sistemas de salud, seguridad social, asistencia social, cultura, deporte, recreación y otros.
- Organización de ancianos.

Desde el punto de vista de la estructura político-administrativa el programa se estratifica en 3 escalones, correspondiendo el primero a la circunscripción, el segundo al consejo popular y el tercero al municipio.

La atención hospitalaria se brinda de acuerdo a los requerimientos a la par de que casi 15000 ancianos residen en los 124 hogares de los cuales 114 pertenecen al Sistema Nacional de Salud y 10 a organizaciones religiosas.

El Centro Ibero latinoamericano de la Tercera Edad (CITED) funge como asesor desde el punto de vista metodológico y como centro de referencia y coordinación para el desarrollo y aplicación del presente programa. En el cual no sólo contribuirá a la atención al anciano de forma científica, humana y participativa, sino disminuirá ostensiblemente el grave problema que sobre el sistema de salud, seguridad y asistencia social produce el envejecimiento poblacional social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso García A. Caracterización de los contenidos sobre el adulto mayor en la formación del médico y especialista en medicina general integral. Educ. Med Sup [internet]. 2010[citado 14 dic 2010]; 24(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol_24_3_10/ems10310.htm
2. Alvarenga MR, Oliveira MA, Faccenda O, Amendola F. Evaluation of the nutritional risk in elderly assisted by family health teams. Rev Esc Enferm USP. 2010 Dec; 44(4):1046-51. PubMed PMID: 21337788.
3. Carrasco García MR. Buenos Hábitos de Alimentación. En: Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Científico Técnica; 2005. p.82-103.
4. Carrasco García MR. Control del Stress para envejecer con éxito. En: Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Científico Técnica; 2005. p.112-127.
5. Carrasco García MR. Ejercicio y Salud. En: Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Científico Técnica; 2005. p.53.

6. Carrasco García MR. Longevidad: Un reto actual de la sanidad. En: Usted puede lograr una buena longevidad. Habana: Científico Técnica; 2005. p.37-52.
7. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Medicine adherence in elderly people in an ambulatorial attendance. Cien Saude Colet. 2010 Nov;15 Suppl 3:3507-15. PubMed PMID: 21120338.
8. Cuba. Anuario Estadístico [Internet]. 2005[citada 2006]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/cg2005>
9. Dueñas González D, Bayarre Veá HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr[internet]. 2009[citado 14 dic 2010]; 25(5). Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi02209.htm
10. Figueredo Ferrer N, Sotolongo Castillo I, Arcias Madera RC, Díaz Pita G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer[internet]. 2003[citado 4 nov 2010];19(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_3_03/enf08303.htm
11. Farlow MR, Cummings JL. Effective pharmacologic management of Alzheimer's disease. Am J Med. 2007; 120:388-397.56
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 2005; (Suppl 2) : 15 -59.
13. Kim M, Kwon S. The effect of outpatient cost sharing on health care utilization of the elderly. J Prev Med Public Health. 2010 Nov;43(6):496-504. PubMed PMID: 21139410.
14. Llanes Betancourt C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007[citado 4 nov 2010]; 23(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf06307.html
15. Lyra DP, Neves AS, Cerqueira KS, Marcellini PS, Marques TC, Barros JA. The influence of the advertising in the medication use in a group of elderly attended in a primary health care unit in Aracaju (Sergipe, Brasil). Cien Saude Colet. 2010 Nov; 15 Suppl 3:3497-505. PubMed PMID: 21120337.

16. Marín MJ, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CB, Campos RT, Santos Sde C. Social demographic characteristics and the elderly care after hospital discharge in the family health system. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Dec; 44(4):962-8. PubMed PMID: 21337778.
17. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. *Rev Cubana Med Gen Integr* [internet]. 2009[citado 4 nov 2010]; 25(4): 65-76. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi07409.pdf
18. Oficina Nacional de Estadística. Proyección de la población de Cuba. Ciudad Habana; 2007.
19. Ortega Márquez Y. Influencia de la Casa de Abuelos sobre el adulto mayor. *MEDISAN* [internet]. 2010[citado 4 nov 2010]; 14(8). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san18810.htm
20. Peláez O. Disminución acelerada de la natalidad y envejecimiento poblacional. Reto Inaplazable para los cubanos. *Periódico Granma*. 30 octubre 2006: 4-5.
21. Sindaco D, Tinti MD, Monzo L, Pulignano G. Clinical and economic aspects of the use of nebivolol in the treatment of elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2010 Dec 3;5:381-93. Review. PubMed PMID: 21152240
22. Talmelli LF, Gratão AC, Kusumota L, Rodrigues RA. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 Dec; 44(4):933-9. PubMed PMID: 21337774.
23. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Sal Pública* [internet]. 2005[citado 4 nov 2010]; 31(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp06205.htm
24. Vera Mejor C. Como ser un buen cuidador de enfermos. Santiago de Cuba: Oriente; 2005. P 13.