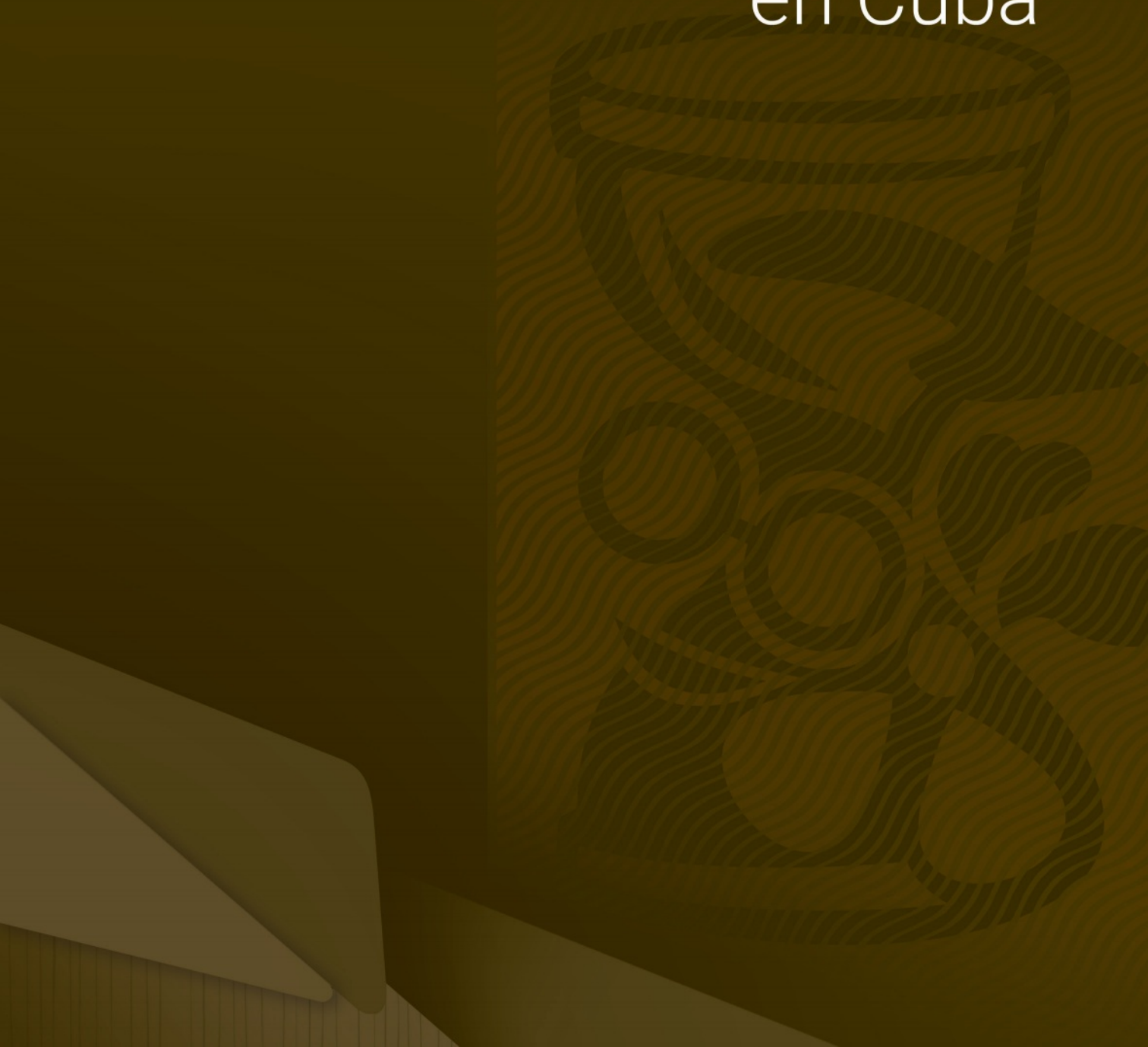
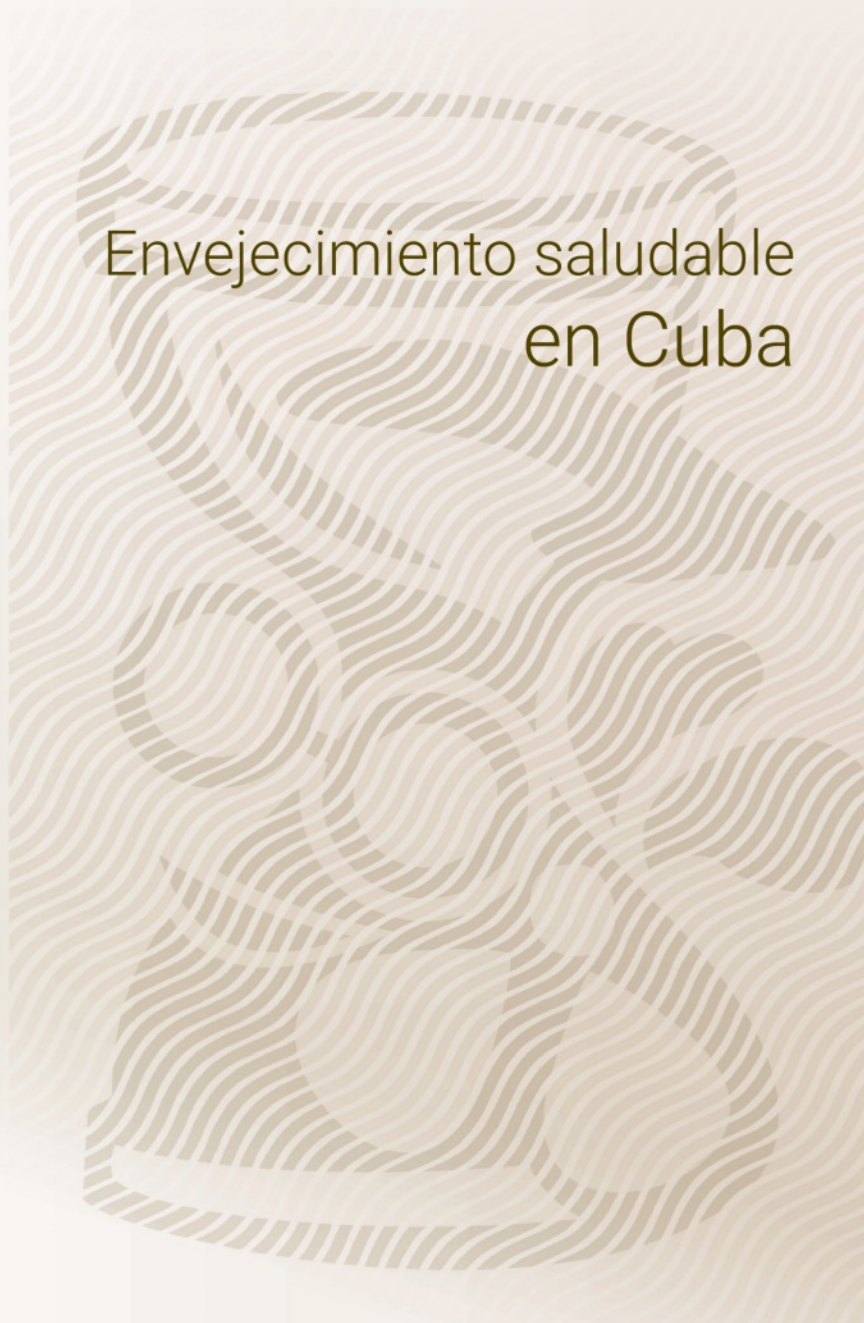


Envejecimiento saludable en Cuba



Envejecimiento saludable en Cuba

The background of the page features a series of vertical, wavy lines in a light beige color. Overlaid on these lines are several overlapping circles and ovals, some of which are filled with a darker beige color, creating a layered, abstract effect.

Envejecimiento saludable en Cuba

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Envejecimiento saludable en Cuba/ Colectivo de autores; coord.

Duniesky Cintra Cala, Alberto Ernesto Fernández Seco. —La

Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022.

160 p.: il., tab. — (Colección Publicaciones Institucionales).

-

-

Envejecimiento Saludable, Dinámica Poblacional, Anciano, Salud del Adulto, Personas con Discapacidad, Sistema de Salud, Cuba

WT 100

Cómo citar esta obra:

Colectivo de autores. Envejecimiento saludable en Cuba. [Internet]. Cintra Cala D, Fernández Seco AE, coordinadores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-saludable-en-cuba>

Edición: Lic. Patricia L. George de Armas

Diseño, ilustración y maquetación: DI. José Manuel Oubiña González

Sobre la presente edición:

© Ministerio de Salud Pública, 2022

© Editorial Ciencias Médicas, 2022

ISBN 978-959-316-016-2 (obra impresa)

ISBN 978-959-316-014-8 (PDF)

ISBN 978-959-316-015-5 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Las opiniones, resultados y conclusiones expresadas en la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente las decisiones, políticas ni puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud.



Autoría

Ministerio de Salud Pública de Cuba

Coordinadores

Alberto Ernesto Fernández Seco

Máster en Gerontología Social. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriatria. Es vicepresidente de la Asociación Médica del Caribe (AMECA) y miembro de la Sociedad de Geriatria y Gerontología. Ha participado en diferentes eventos nacionales e internacionales, relacionados con la Atención al Adulto Mayor, tanto por la OPS como por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Dirige el Programa Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental, y es jefe del Departamento Nacional de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

<https://orcid.org/0000-0002-8743-4287>

Duniesky Cintra Cala

Máster en Desastre y Salud. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas. Es graduado del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Grande Ugalde”, de OPS/OMS, y del curso Ciudades de riesgo frente a ciudades resilientes en el horizonte del cambio climático, impartido por La Dirección General de Protección Civil y Emergencias (DGPCE) de España y La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Es miembro de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar y de la Cátedra Cubana de Salud Internacional. Es consultor de la Representación de OPS/OMS en Cuba.

<https://orcid.org/0000-0002-2644-0157>

Coautores

Adolfo Valhuerdi Cepero. Máster en Demencias y Aterosclerosis. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Dirección Provincial de Salud Pública de Matanzas. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Aida Leonor Rodríguez Cabrera. Doctor en Ciencias Económicas. Licenciada en Economía. Especialista en Demografía. Profesor Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Alemis Abreu Rodríguez. Licenciada en Sociología y Trabajo Social. Hogar de ancianos Bernarda del Toro de Gómez. dirección Municipal de Salud de San Miguel del Padrón.

Alicia Sende Odoardo. Máster en Urgencias Médicas. Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario General Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Caridad del Pilar Medina Entrialgo. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Departamento Nacional de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Carmen Beatriz Borrego Calzadilla. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Sección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Carmen Gómez Pozo. Máster en Gestión de Diseño. Diseñador Industrial. Profesor Auxiliar. Oficina Nacional de Diseño. Instituto Superior de Diseño. Universidad de La Habana.

Dagmara Cejas Bermet. Licenciada en Derecho. Dirección Jurídica. Ministerio de Salud Pública.

Edith Nieves Álvarez Pérez. Máster en Gerontología Social y en Educación Médica. Licenciada en Enfermería. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Humberto Arencibia Pérez. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriátrica y en Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Juana Susana Hierrezuelo Cortina. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Juan Carlos Alfonso Fraga. Máster en Población. Licenciado en Sociología. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Oficina Nacional de Estadística e Información. Universidad de La Habana.

Laura Sánchez Pérez. Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Cátedra del Adulto Mayor. Universidad de La Habana.

Leovy Edrey Semino García. Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación y de I Grado en Administración de Salud. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Sección de Rehabilitación. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Leticia del Carmen Arévalo Nueva. Máster en Psiquiatría Social. Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Sección de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Universidad Ciencias Médicas de La Habana.

Lilliam Rodríguez Rivera. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria y en Medicina General Integral. Profesor e Investigador Auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Lisandra Fariñas Acosta. Licenciada en Periodismo. Sitio digital Cubadebate.

Ludmila Brenes Hernández. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Geriatria y Gerontología y en Medicina General Integral. Investigador Agregado. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Luis Felipe Heredia Guerra. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriatria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Maira Mena Correa. Máster en Demografía. Licenciada en Economía. Investigador Agregado. Oficina Nacional de Estadística e Información. Universidad de La Habana.

Maité Ramos Regueiferos. Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Instructor. Departamento Nacional de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

María Josefina Vidal Ledo. Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Informática en Salud. Licenciada en Cibernética Matemática. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mario Augusto Pichardo Díaz. Doctor en Estomatología. Especialista de I Grado en Ortodoncia y de II Grado en Administración y Organización de Salud. Instructor. Investigador Agregado. Dirección Provincial de Salud Pública de Matanzas. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Mary Carmen Reyes Zamora. Máster en Ensayos Clínicos. Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Inmunología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Centro Nacional de Biopreparados (BioCen). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Mercedes Bárbara Ramos Quirogas. Máster en Salud Pública y Envejecimiento y en Gerontología Social. Especialista de II Grado en Gerontología y Geriátrica. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario General Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Miguel Emilio García Rodríguez. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General y en Organización y Administración de Salud. Profesor e Investigador Titular. Hospital Universitario General Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Noris Valladares Castillo. Máster en Longevidad Saludable. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriátrica. Instructor. Hospital Universitario General Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Osmara Delgado Sánchez. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Instructor. Departamento Nacional de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Susana Galván Valdés. Licenciada en Sociología y Trabajo Social. Hogar de Ancianos San Rafael. Dirección Municipal de salud Pública de Marianao.

Teresa Orosa Fraíz. Máster Iberoamericano en Gerontología Social. Máster en Psicología Educativa. Licenciada en Psicología. Profesor Auxiliar y Consultante. Cátedra del Adulto Mayor. Universidad de La Habana.

Virginia María Ranero Aparicio. Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Especialista de I Grado en Bioestadística. Investigador Agregado. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

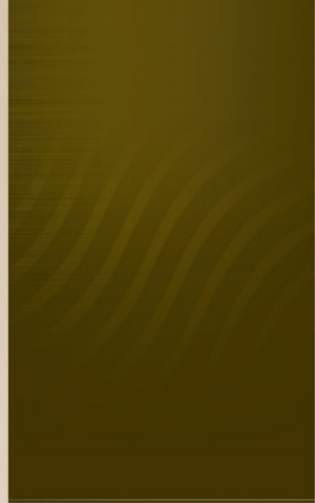
William Rodríguez Pérez. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gerontología y Geriátrica. Instructor. Hospital Universitario General Calixto García. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.



Nota a la edición conmemorativa

El 2 de diciembre de 1902 fue creada la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuba fue uno de los diez países que participaron en su fundación. En aquel entonces se proponía compartir la mayor información posible sobre las epidemias que afectaban a las personas e interferían en el comercio del continente. De ese modo, se aspiraba a sumar voluntades e intercambiar experiencias y conocimientos para mejorar la higiene y el saneamiento de las ciudades, entre otras medidas que ayudarían a la prevención y el control de enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla y la peste bubónica.

Este 2022, la OPS cumple 120 años, periodo durante el cual ha configurado una historia de luchas y esfuerzos impulsados entre todos los Estados miembro, como ha ocurrido con la actual pandemia de coronavirus. A modo de homenaje ante esta trayectoria, el Ministerio de Salud Pública y la OPS presentan una serie de cinco publicaciones que destacan temas y hechos relevantes de la sanidad en Cuba. Es nuestro deseo que estos libros constituyan un testimonio y agradecimiento a los miles de trabajadores que a lo largo de este tiempo han construido una mejor salud para todos los pueblos de la región.



Prólogo

La Organización Panamericana de la Salud llega a su aniversario 120 y, desde todos los rincones de nuestra región, se impulsan iniciativas para celebrar el acontecimiento. Con este fin, en Cuba se desarrolla un amplio plan de actividades de conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que incluye la publicación de cinco libros sobre temas de mucha actualidad. Sin dudas, reflexionar sobre enfermedades no transmisibles, envejecimiento, ciencia e innovación, y cambio climático, resulta vital para avanzar en la aplicación de aquellas políticas y estrategias de salud que necesitan las Américas. Asimismo, se dedican páginas a la historia de la OPS y su trayectoria de cooperación en el país caribeño, una mirada retrospectiva que nos lleva de la mano a un interesante viaje por el tiempo.

Cuba es uno de los Estados fundadores de la Organización. Al acto de creación asistieron dos médicos cubanos: Carlos Juan Finlay y Juan Guiteras. Este último, además, resultó seleccionado en ese momento como uno de los vocales, y fue reelecto en las siguientes conferencias panamericanas hasta 1921, cuando fue nombrado Secretario de Sanidad y Beneficencia en el país. Ambas figuras fueron relevantes sanitaristas. Basta recordar los importantes aportes de Finlay sobre la transmisión de la fiebre amarilla, conocimiento vital para lograr la finalización el canal de Panamá y el control de esta enfermedad en el continente.

Pocos años después, en 1924, se firmó en La Habana el Código Sanitario Panamericano, que definió las funciones y los deberes de la entonces Oficina Sanitaria Panamericana. También se establecieron responsabilidades y procedimientos para cumplir por los países, en caso de tener que reportar epidemias u otros eventos epidemiológicos. Enmendado en 1927 y 1952, mantiene su vigencia hasta hoy, refleja el espíritu, los avances y la importancia de la continua cooperación sanitaria en la región.

Muchos hitos de la OPS están relacionados con Cuba y la historia de la salud pública de esta nación, donde en épocas más recientes se han dedicado múltiples esfuerzos a fortalecer la atención primaria de salud (APS). La fundación en 1984 del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia constituyó un momento cumbre en ese sentido, y un punto de giro en la concepción de la formación de los profesionales de la salud, quienes comenzaron a tener una presencia cada vez más amplia en el territorio nacional. Todo ello ha permitido a la salud

pública cubana grandes logros, que se expresan en los actuales indicadores sanitarios del país, entre los cuales destaca ser el primero en el mundo en eliminar la transmisión congénita del VIH y la sífilis.

Esas y otras fortalezas son clave para enfrentar los desafíos que se le presentan al sistema de salud, como es el incremento del número de personas con 60 años y más, que para 2025 deben representar el 25% de la población; y el aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles, principal causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad en la isla. Cuba también trabaja sistemáticamente para continuar a la vanguardia de la ciencia y la biotecnología, y para enfrentar los efectos del cambio climático.

Los cinco libros que se han preparado en homenaje a los 120 años de la OPS se convertirán en una útil referencia para todos, pues contienen la respuesta del país a brotes y epidemias que se han sucedido en la historia reciente de Cuba, y de manera particular a la actual pandemia producida por el nuevo coronavirus. Esta pandemia es el desafío más grande que estamos enfrentando juntos, y nos deja lecciones que debemos superar, para que nuestra región esté mejor preparada frente a un escenario similar.

Estamos seguros de que estos libros, que analizan diversos temas y prioridades de salud en Cuba, contribuirán a la preparación continua de estudiantes y profesionales de la salud, y plasmarán simbólicamente el compromiso de la OPS con Cuba, el Caribe, y la región de las Américas.

José Ángel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública
Cuba

José Moya Medina
Representante de OPS/OMS
Cuba



Índice de contenidos

CAPÍTULO 1. PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LAS PERSONAS MAYORES EN CUBA/ 1

Escenario actual y proyecciones/ 3

Cambios en la estructura etaria de la población cubana/ 3

Características de las personas mayores cubanas/ 6

Estado de salud biomédica/ 8

Fragilidad y comorbilidad/ 10

Bibliografía/ 13

CAPÍTULO 2. ATENCIÓN INTEGRAL Y CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES EN CUBA/ 15

Reseña histórica de los modelos de atención/ 17

Características en Cuba/ 19

Nuevas políticas públicas/ 22

Servicios de atención a las personas mayores/ 23

Historias de vida/ 23

El cuidado a los adultos mayores/ 26

Formación y capacitación para el cuidado/ 27

Geragogía, pedagogía del envejecimiento/ 28

El cáncer y la edad/ 31

Valoración geriátrica integral/ 32

Ética y medicina basada en la evidencia/ 35

Evidencia en la práctica diaria/ 36

El trabajo social, pilar indispensable de la atención/ 38

Bibliografía/ 44

CAPÍTULO 3 . DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR/ 49

Actitudes hacia las personas con discapacidad/ 51

Evolución histórica/ 51

Conceptualización de la discapacidad y la dependencia/ 52

Epidemiología y evaluación de la discapacidad/ 55

Epidemiología/ 55

Evaluación/ 56

Estrategias de intervención y efectos de la discapacidad/ 58

Efectos de la discapacidad en las personas mayores/ 59

Historias de vida/ 60

Bibliografía/ 61

CAPÍTULO 4. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR/ 65

Principales trastornos mentales asociados a morbilidad/ 67

Sexualidad en las personas mayores/ 69

Experiencias de intervención en áreas de salud/ 71

Bibliografía/ 75

CAPÍTULO 5. LA COVID-19 EN LAS PERSONAS MAYORES/ 77

Atención y cuidados a las personas mayores en tiempos de COVID-19/ 79

Experiencias de psicogerontología/ 84

Protocolo de atención/ 89

Experiencias previas con el uso de Biomodulina T®/ 94
Uso de Biomodulina T® en la pandemia de COVID-19/ 95

Bibliografía/ 100

CAPÍTULO 6. EL CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LONGEVIDAD, ENVEJECIMIENTO Y SALUD/ 105

Reseña histórica, surgimiento y desarrollo/ 107

Resultados de trabajo y proyecciones/ 112

Bibliografía/ 115

CAPÍTULO 7. OTRAS MIRADAS A LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR/ 117

Imagen del adulto mayor en los medios de comunicación/ 119
La vejez en los medios cubanos/ 120

Cátedras universitarias del adulto mayor/ 125

Derechos del adulto mayor y protección social/ 130
Contexto internacional/ 131
Proyecciones intersectoriales para la atención y los cuidados/ 135

Bibliografía/ 136

CAPÍTULO 8. DÉCADA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE 2021-2030/ 139

El envejecimiento saludable como una oportunidad para el desarrollo/ 141
Historias de vida/ 146

Principales acciones en Cuba/ 148

El diseño y sus miradas al curso de vida saludable/ 152
El beneficio de las alianzas/ 153
Necesidad de espacios colaborativos y participativos/ 155

Bibliografía/ 157



CAPÍTULO 1

Panorama sociodemográfico y epidemiológico sobre las personas mayores en Cuba



Escenario actual y proyecciones

Juan Carlos Alfonso Fraga, Maira Mena Correa,
Virginia María Ranero Aparicio

En la actualidad, el cambio de la estructura por edad de la población o el envejecimiento poblacional, que significa el paso paulatino de sociedades jóvenes a sociedades maduras, y de estas a sociedades envejecidas, asume carácter universal y abarca a todos los países del mundo. Ello se debe a la reducción del número promedio de hijos por mujer y la mayor longevidad de la población, elementos clave que deciden este cambio de estructura.

Se reconoce que existe una marcada heterogeneidad de este proceso entre los países, al situarse cada uno de ellos en diferentes etapas. Algunos comenzaron el tránsito hacia el envejecimiento desde hace más de 200 años y este ha transcurrido de forma más lenta; es el caso de la mayor parte de los países de Europa Occidental. Otros, como los de la región Latinoamericana y la del Caribe tienen un desarrollo más reciente y se espera que el proceso sea más rápido. Se ha comprobado que cada realidad nacional adopta sus propias especificidades, las que se corresponden con la evolución histórica de la dinámica demográfica que presentan. En el caso de Cuba, la dinámica demográfica ha sido muy intensa. Solo por citar una línea de tiempo, en el periodo ocurrido entre el 2002 (año censal) y el 2021, el país incrementó su grado de envejecimiento de 14,1 a 21,6 %, y la población de 60 años y más es el único grupo de edad que crece en la actualidad, con destaque de la población de 80 años y más. Para el 2030 estos indicadores oscilarán en el entorno del 30 % y para el 2050 en el 36 %.

El cambio en la estructura por edad de la población resulta uno de los desafíos más importantes y complejos que afrontan los países. La definición de estrategias y políticas públicas lo suficientemente integradas e inclusivas se convierte en un reto sin precedente, debido a las implicaciones del proceso de envejecimiento poblacional en el desarrollo sostenible, y en particular, en diferentes dimensiones del entramado social.

Cambios en la estructura etaria de la población cubana

La reducción de la fecundidad desempeña un papel esencial en el cambio de estructura por edad de la población. Desde el año 1978 no se alcanza el nivel de reemplazo

generacional, expresado en una tasa global de fecundidad (número promedio de hijos) menor a 2,1 hijos por mujer. Este comportamiento ha propiciado la disminución del número de nacimientos, valores que estuvieron por encima de los 200 000 nacimientos entre 1963 y 1973 y pasaron a valores inferiores a los 100 000 en el año 2021 (fig. 1.1).

La longevidad crece significativamente, en la actualidad la esperanza de vida al nacer (e_0) supera los 78 años para la población total, en seis décadas aumentó en más de 5,5 años. La esperanza de vida a los 60 años (e_{60}) también revela un crecimiento importante. Mientras que al principio del periodo reseñado en la figura 1.1 (1960) una persona de esa edad esperaba vivir como promedio menos de 20 años, en la actualidad puede vivir hasta 22,5 años.

Otro elemento que refleja el gráfico es la tendencia a la convergencia en el tiempo del número de naci-

mientos y el de defunciones hasta el año 2019, lo que conllevó a la consecuente disminución del crecimiento natural de la población, el que resulta prácticamente nulo en 2019. A partir del año 2020 las defunciones superan el número de nacimientos, lo que ocasiona un decrecimiento natural, que alcanza un balance superior a los 68 mil fallecidos, más que el número de nacidos vivos. En este comportamiento, principalmente en el grupo de 60 años y más, estuvo presente la sobremortalidad por efectos de la COVID-19.

Cuba es uno de los países dentro de la región de Las Américas y el Caribe con proporciones más altas de personas de 60 años y más (21,6 % en 2021). El proceso de envejecimiento poblacional cubano se caracteriza, fundamentalmente, por su velocidad y homogeneidad, además de estar acompañado por un crecimiento natural negativo, y en consecuencia, un decrecimiento poblacional (tabla 1.1).

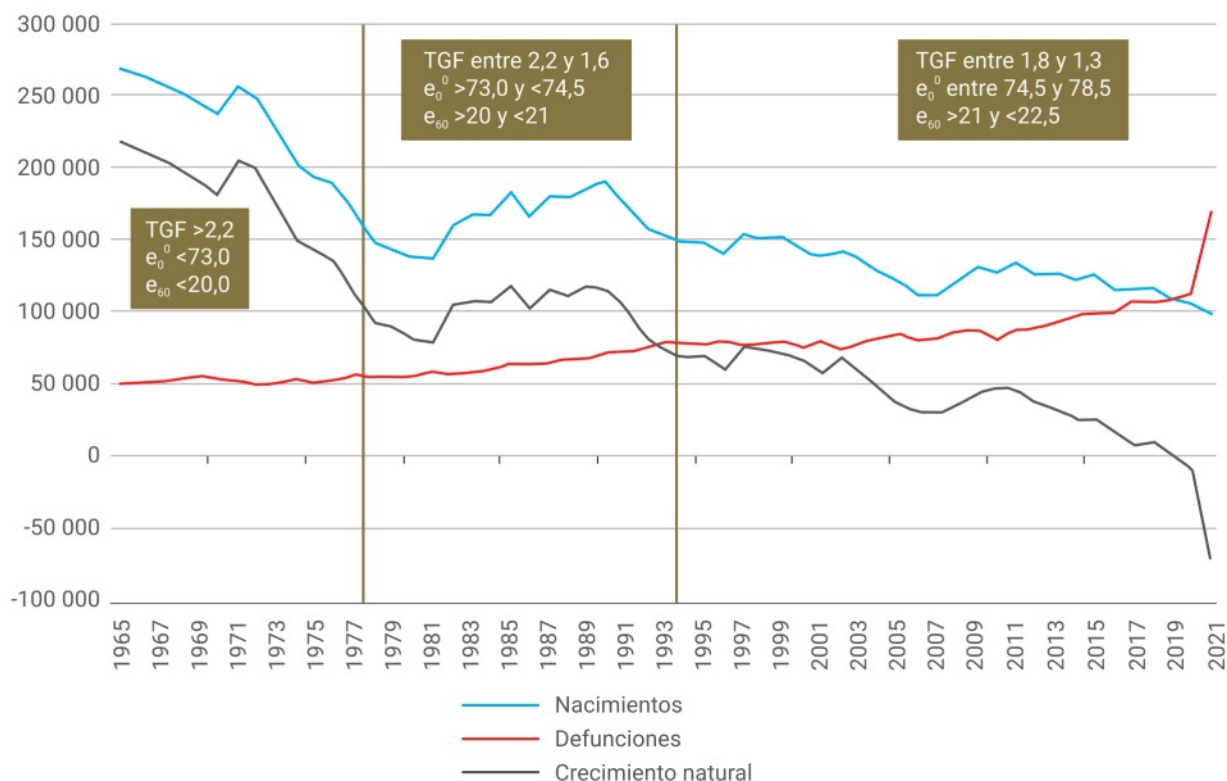


Fig.1.1. Tendencias en los indicadores del crecimiento natural de la población 1960-2021. TGF: Tasa global de fecundidad.

Fuente: Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) y anuarios demográficos de diferentes años.

Tabla 1.1. Balance demográfico de Cuba 2019-2021

Concepto	Años		
	2019	2020	2021
Población al inicio del año	11 209 628	11 193 470	11 181 595
Nacimientos	109 716	105 038	99 096
Defunciones	109 080	112 439	167 645
Saldo migratorio externo	-16 794	-4474	169
Población al 31 de diciembre	11 193 470	11 181 595	11 113 215
Crecimiento absoluto	-16 158	-11 875	-68 380
Crecimiento natural	636	-7401	-68 549
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	1,57	1,52	1,45
Tasa bruta de reproducción (hijas por mujer)	0,76	0,74	0,70
Grado de envejecimiento (porcentaje de población de 60 años y más)	20,8	21,3	21,6

Fuente: Sistema Estadístico Nacional. Demografía. Oficina Nacional de Estadística e Información.

La figura 1.2 evidencia con claridad el cambio de la estructura por edad de la población cubana. se puede notar que en poco más de un siglo, entre el censo de población de 1943 y la población proyectada hasta el 2050, la proporción de personas de 60 años y más se multiplica cerca de seis veces. En valores absolutos se multiplica casi 12 veces, si se tiene en cuenta que el número de personas de 60 años y más, según los resultados del censo de 1943, no rebasaba los 300 000 efectivos, mientras que se pronostica que para el año 2050 llegue a los tres millones de personas, al pasar de 5,6 % al 33,2 % entre un momento y el otro. En el gráfico se aprecia, que a partir de la segunda década del siglo actual comienza a ser más alta la proporción de personas de 60 años y más que la proporción de niños y adolescentes de 0 a 14 años.

Se pronostica que para el 2050 la relación de dependencia de los jóvenes se aproxime a los 27 niños y adolescentes por cada 100 personas entre 15 y 59 años. En el caso de los mayores, el valor estará cercano a los 77, lo que significa que habrá más

de 100 personas en edades no productivas por cada 100 entre 15 y 59 años.

La trascendencia del cambio en la estructura por edad que ha tenido Cuba en términos demográficos es prácticamente inédita en el contexto mundial y regional, por ello, la premura y ocupación del país por establecer políticas integrales e inclusivas que tengan trascendencia directa en la sostenibilidad del envejecimiento poblacional. En este sentido y con carácter prioritario hay un seguimiento a la dinámica demográfica, en especial a la transformación de la estructura por edad, todo armonizado con los Lineamientos de la Política Económica y Social del país para el periodo 2016-2021. En el lineamiento 119 se plantea la necesidad de implantar gradualmente una política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población y estimular la fecundidad, con el fin de acercarse al remplazo poblacional en una perspectiva mediata, continuar estudiando el tema con integralidad y, sobre todo, definir como una prioridad la realidad de la dinámica demográfica actual y la perspectiva e integrarla como una variable que condiciona a la sociedad cubana.

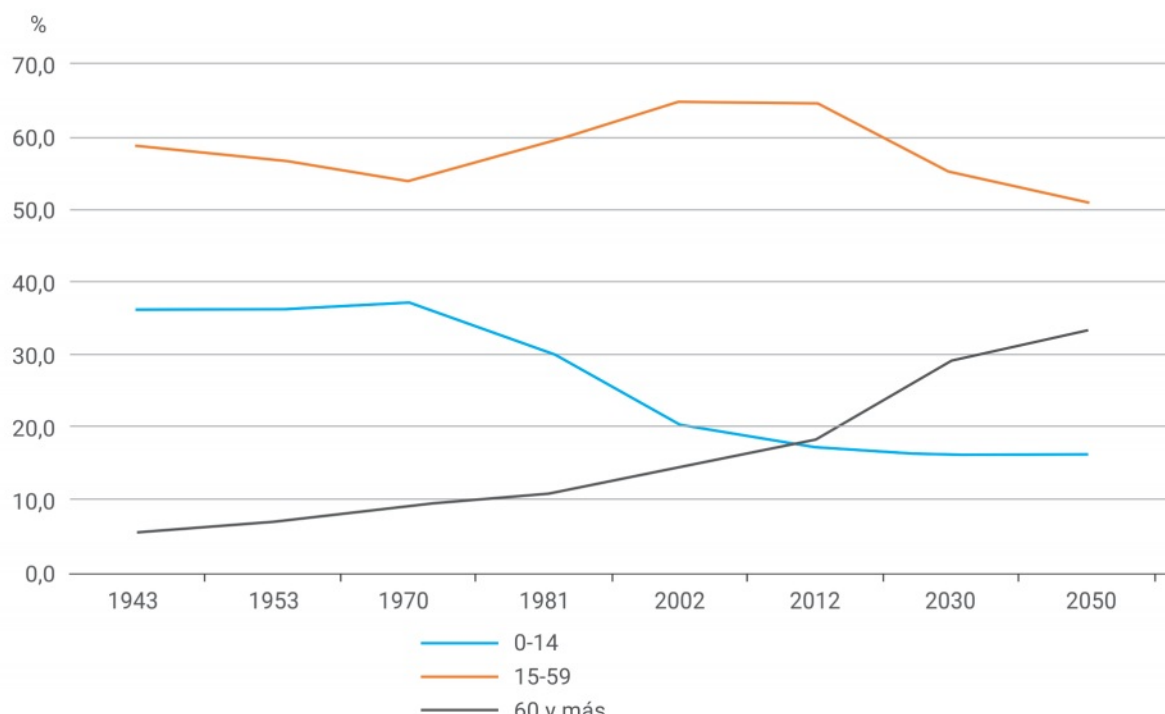


Fig. 1.2. Cuba. Proporción de personas por grandes grupos de edad según los diferentes censos de población y las proyecciones hasta los años 2030 y 2050. Fuente: Censos de población 1943, 1953, 1970, 1981, 2002, 2012 y proyecciones de población 2015-2050.

Para ello, en todo el país, se actualizan, renuevan y profundizan los niveles de atención y la valoración de los posibles escenarios, a partir de los presupuestos de acción de la Comisión gubernamental para la atención a la dinámica demográfica y el envejecimiento poblacional, conducida directamente por el Primer Ministro del país, dada su importancia y trascendencia.

Características de las personas mayores cubanas

La Encuesta nacional de envejecimiento de la población (ENEP-2017) proporciona una valiosa fuente de información sobre las características de las personas mayores en Cuba.

En el año 2020 la distribución por sexo de las personas de 60 años y más era de 53,7 % de mujeres frente al 46,3 % de hombres; lo que reafirma el carácter femenino del proceso de envejecimiento cubano.

A mayor edad, hay una mayor presencia del sexo femenino en todas las regiones. Para el grupo etario 60-74 años, el índice alcanzó un valor de 1105 mujeres por cada 1000 hombres y para el grupo entre 75 años y más fue de 1235 mujeres por cada 1000 hombres. Por regiones, este indicador se muestra con similar comportamiento al del total nacional; las féminas superan a los hombres, ya que una mayor proporción de mujeres sobreviven a los hombres en las edades más avanzadas, fenómeno que se ha extendido en varios países del mundo. La feminización del envejecimiento reside en que las mujeres viven más años que los hombres.

En ese año (2020) todas las provincias del país presentaron un grado de envejecimiento que superó al 18,9 %; es la provincia de Artemisa la menos envejecida con 19,0 % y Villa Clara la más envejecida con 24,5 %. Por zona de residencia se aprecia que las personas mayores predominan en zonas urbanas, donde

se concentra más del 78 %, la proporción de las que viven en áreas rurales es del 22 %.

La mayoría de las personas mayores son jefes de hogar, el resto se considera otro miembro; en el grupo de 60-74 años son el 65,9 % y en el de 75 años y más llegan al 65,5 %. Esta distribución varía según sexo, pues es mayoritariamente masculina. Hay una mayor proporción de jefes de hogar en los hombres del grupo de 60-74 años (75,8 %), mientras que en el grupo de 75 años y más son las mujeres las que presentan una mayor proporción (58,7 %) con respecto a las de 60-74 años (57,0 %).

El color de la piel de las personas mayores varía por región del país. Por grupos de edades se aprecia una mayor proporción de población blanca en los de 75 años y más y un incremento en los mestizos en el grupo de 60-74 años. En las mujeres la proporción de personas con color de la piel blanca es ligeramente superior a los hombres. Los resultados de la ENEP-2017 reflejaron que la población negra es predominante en La Habana (17,2 %) y el mestizaje está más presente en la región oriental con el 35 %.

Con relación al estado conyugal se encontró que con el aumento de la edad (de 75 años y más) predomina el estado de viudez (41,9 %) y las personas casadas o unidas son el 40,2 %. Los hombres que se encuentran sin pareja representan el 32,9 %, en comparación con el 49,6 % en las mujeres, que se eleva al 73,6 % a partir de los 75 años.

El nivel de escolaridad de la población cubana es elevado, resultado de la educación como derecho para todos y para toda la vida. La mayoría de las personas mayores de ambos grupos de edad completaron el nivel medio; las principales disparidades se han observado en aquellos sin nivel de escolaridad y

en los que no han completado el nivel primario que tenían más de 75 años. Los hombres eran más instruidos, los que tienen nivel medio superior y universitario alcanzan el 48,7 %, mientras que las mujeres representan el 45,4 %. Las mujeres de mayor edad muestran una situación menos favorable, con niveles inferiores de escolaridad.

La contribución de las personas mayores que trabajan es crucial en un país con una fuerte disminución de la fecundidad y altos niveles de emigración. De acuerdo con la ENEP-2017, el 79 % de las personas mayores en Cuba no trabajaba. Alrededor del 37 % dejó de hacerlo por razones distintas a la jubilación, incluidas las actividades de cuidado. Los que trabajaban después de la edad de jubilación refirieron razones como la necesidad de mantener a otros familiares, tener ingresos insuficientes o estar a cargo de personas dependientes. El 45,4 % de los hombres de 60-74 años se mantienen activos laboralmente frente a solo el 12,8 % de las mujeres.

La protección social para personas mayores es elevada, el 68,5 % de ellos recibe pensiones a través de los sistemas de seguridad y asistencia social, los que tienen carácter universal.

Con relación a la salud, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y la neumonía y las muertes por accidentes representaron el 70 % de todas las defunciones en Cuba durante el 2019. La enfermedad de Alzheimer en particular es la principal causa de discapacidad entre las personas mayores, y la que más contribuye a la dependencia. El 80,6 % de las personas mayores en Cuba padece al menos una enfermedad crónica; es la hipertensión arterial la enfermedad crónica que más afecta a estas personas.





Estado de salud biomédica

Aida Leonor Rodríguez Cabrera, María Josefina Vidal Ledo
Ludmila Brenes Hernández

El conocimiento sobre el estado de salud física de los individuos de todos los grupos de edad reviste gran importancia, más aún el de aquellos que alcanzan edades avanzadas, pues representan hoy un grupo significativo de la población cubana, que mantendrá su incremento en el futuro. La autopercepción de salud es un indicador importante del estado general de salud en las personas mayores. Esta autopercepción, pese a ser un indicador subjetivo, integra factores biológicos, sociales y psicológicos del individuo y resulta ser un buen predictor de morbilidad y mortalidad.

Según la encuesta nacional de 2017, 4 de cada 10 cubanos (39,3 %) de 60 y más años declara que su salud es buena o muy buena, aproximadamente la mitad (49,9 %) considera que su salud es regular, y el 10,7 % la valora como mala o muy mala, es decir, cerca de 1 de cada 10 personas mayores. Las mujeres tienen peor autoreporte de salud que los hombres, ya que el 14 % de ellas contra el 7,1 % de los hombres reportan su salud como mala o muy mala.

Dentro de los síndromes geriátricos explorados a través de dicha encuesta se encuentra la prevalencia de depresión en la población mayor cubana. Se trata de una condición muy frecuente e importante, dado su impacto negativo en la calidad de vida de la persona mayor y su familia, así como su asociación con desenlaces adversos a la salud en este grupo de edad.

Para su identificación fue utilizada la Escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage (1986) en su versión abreviada; es un instrumento ampliamente utilizado para el tamizaje de esta alteración del estado psicoafectivo. Como puede apreciarse en la tabla 1.2, los niveles de depresión eran más altos en las mujeres que en los hombres. Algún grado de depresión está presente en el 23,2 % de las personas mayores cubanas y menos del 12 % de ellos tienen una depresión establecida. La proporción de mayores con depresión establecida se incrementó con la edad, tanto en hombres como en mujeres, llegando al 35,3 % en las féminas a partir de los 80 años.

Las caídas son consideradas otro importante síndrome geriátrico cuya asociación con el deterioro funcional, la morbilidad, la admisión prematura en instituciones sociales

y la mortalidad ha sido ampliamente evidenciada. Según la encuesta nacional, cerca del 14 % de las personas de 60 y más años en Cuba sufrió al menos una caída en el último año, proporción que se incrementa

con el avance de la edad. Ocurren principalmente en el sexo femenino, donde ascendieron al 21,6 % en las mujeres de 80 o más años, datos que se exponen en la tabla 1.3.

Tabla 1.2. Presencia de depresión en personas de 60 y más años, según grupos de edad y sexo

Presencia de depresión (%)	60-69	70-79	80 y más	Total
Ambos sexos	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin depresión	84,2	75,7	57,1	76,8
Depresión leve	10,4	13,0	11,1	11,4
Depresión establecida	5,4	11,2	31,8	11,8
Hombres	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin depresión	87,6	79,4	63,1	81,1
Depresión leve	7,8	10,3	10,1	9,0
Depresión establecida	4,6	10,3	26,9	9,9
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin depresión	81,1	72,4	52,9	73,0
Depresión leve	12,7	15,5	11,8	13,5
Depresión establecida	6,1	12,2	35,3	13,5

Fuente: Cálculos a partir de datos de la ENEP-2017.

Tabla 1.3. Antecedente de caídas en el último año en personas de 60 y más años, según grupos de edad y sexo

Antecedente de caídas (%)	60-69	70-79	80 y más	Total
Ambos sexos	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	10,6	15,0	19,8	13,7
No	89,4	85,0	80,2	86,3
Hombres	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	7,4	11,3	17,3	10,2
No	92,6	88,7	82,7	89,8
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	13,6	18,5	21,6	16,7
No	86,4	81,5	78,4	83,3

Fuente: Cálculos a partir de datos de la ENEP-2017.

La mayoría de las personas mayores que se cayeron lo hicieron en su hogar (72,7 %), cifra que asciende al 82,3 % en las personas de 80 años y más. El hecho de que muchas personas se caigan en sus propios hogares denota la importancia de educar a la familia en la prevención de riesgos y en la creación de entornos más seguros dentro del propio domicilio. El 27,1 % de las caídas ocurrieron en la calle, siendo los adultos mayores más jóvenes los que experimentaron caídas en la vía pública en mayor proporción (32,7 % de los mayores entre 60 y 69 años sufrieron caída en ambientes externos al hogar, el 27,4 % de los que tenían entre 70 y 79 años, y el 18 % en los de 80 o más años). Estos accidentes revelan la importancia de continuar fomentando la creación de más entornos amigables con la persona mayor a nivel de las localidades.

Fragilidad y comorbilidad

Los cambios ocurridos en el perfil sociodemográfico y epidemiológico en Cuba también han ocasionado, como en muchos otros países, una transición en salud, por lo que las características clínicas del paciente mayor a asistir se han modificado; de padecer una enfermedad única o aguda se ha pasado a la presencia de enfermedades crónicas más duraderas y con mayores repercusiones en la capacidad funcional. Además, se ha incrementado la frecuencia de las condiciones crónicas múltiples o multimorbilidad.

Cerca del 81 % de las personas mayores cubanas padecen al menos una enfermedad crónica, cifra que se eleva en el sexo femenino al 86 %. Con el avance de la edad, la proporción de personas mayores con al menos una enfermedad crónica crece, llega al 90 % en las mujeres que pasan los 80 años y al 87,2 % en los hombres, como puede apreciarse en la tabla 1.4. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia (58,1 %). Las enfermedades de los huesos, músculos o piel ocupan la segunda posición (25,8 %) y las enfermedades del corazón la tercera (19,1 %). Las mujeres presentan mayores proporciones de enfermedades que los hombres en todos los grupos de edades.

La fragilidad es un síndrome geriátrico que se ha incrementado a nivel mundial con el avance del envejecimiento poblacional, sin embargo, no es una

consecuencia inevitable de este avance. Según el *Libro blanco de la fragilidad* se considera un estado de mayor vulnerabilidad al estrés, que conlleva a un aumento del riesgo de deterioro funcional, hospitalización, dependencia y mortalidad en personas mayores.

La identificación del estado de fragilidad es de suma importancia para el establecimiento oportuno de intervenciones preventivas y curativas, dado que, en muchos casos, el estado de prefragilidad, y en algunos el de fragilidad, puede ser revertido.

En la ENEP-2017 se incluyó por primera vez la evaluación de la fragilidad a través del Índice FRAIL, que consta de 5 ítems: fatiga, resistencia, deambulación, enfermedades y pérdida de peso. Ello permitió clasificar a la población mayor del país en robusta, prefrágil y frágil, según se muestra en la tabla 1.5.

Según los resultados obtenidos se evidenció que, poco menos del 12 % de las personas mayores cubanas clasifican como frágiles y cerca del 45 % son considerados prefrágiles. Las mujeres son las más propensas a este síndrome geriátrico. Estos resultados son importantes, dada la cantidad de personas mayores que pudieran ser tributarias de intervenciones que permitan prevenir el estado de fragilidad entre los robustos y los considerados como prefrágiles, o revertir el estado de fragilidad *per se* y lograr una recuperación en la medida que sea posible.

Se evidenció que, con el avance de la edad, se incrementa considerablemente la prevalencia de la fragilidad, se duplica la proporción de frágiles entre los 70 y los 80 años con respecto al grupo menor de 70 años y se cuadruplica a partir de los 80 años. En los hombres del grupo 70-80 años la proporción llega al 20,9 % y en las mujeres alcanza el 30,4 %. En tanto la prefragilidad a partir de los 80 años exhibe un comportamiento muy parecido en hombres y mujeres (50,3 % en hombres y 49,4 % en mujeres).

En las personas mayores sin pareja, la proporción de frágiles también resulta mayor que entre aquellos que sí la tienen, principalmente en las mujeres, donde la proporción de frágiles fue del 17,9 % en las que carecían de pareja y solo fue del 11,3 % en las que contaban con pareja a su lado. En los hombres sin pareja la proporción de frágiles llegó al 9,8 % y en los que tenían pareja al 7,3 %.

Tabla 1.4. Personas mayores cubanas que padecen al menos una enfermedad crónica, según grupos de edad y sexo

Enfermedades crónicas	60-69 años	70-79 años	80 y más años	Total
Ambos sexos	100,0	100,0	100,0	100,0
Padece al menos 1	75,0	84,7	88,9	80,6
No padece	25,0	15,3	11,1	19,4
Hombres	100,0	100,0	100,0	100,0
Padece al menos 1	66,4	80,5	87,2	74,4
No padece	33,6	19,5	12,8	25,6
Mujeres	100,0	100,0	100,0	100,0
Padece al menos 1	82,8	88,5	90,1	86,0
No padece	17,2	11,5	9,9	14,0

Fuente: Cálculos a partir de datos de la ENEP-2017.

Tabla 1.5. Características de la población según nivel de fragilidad

Nivel de fragilidad (%)	Robusto	Prefrágil	Frágil
Características por sexo			
Hombres	51,9	39,9	8,2
Mujeres	36,2	48,7	15,1
Características por grupos de edad			
60-69 años	52,9	40,7	6,4
70-79 años	38,9	47,9	13,2
80 y más años	23,8	49,8	26,4
Estado conyugal			
Con pareja	48,3	42,7	9,0
Sin pareja	38,1	46,8	15,1
Escolaridad			
Educación superior	59,5	34,7	5,7
Educación media	53,0	39,4	7,5
Educación básica	39,2	48,1	12,7
Sin escolaridad	27,0	49,9	23
Color de piel			
Blanca	42,3	45,4	12,3
Negra	46,2	43,9	9,9
Mestiza	46,2	42,1	11,7
Total	43,6	44,6	11,9

Fuente: Cálculos a partir de datos de la ENEP-2017.

Las personas mayores frágiles presentan una mayor frecuencia a padecer distintas enfermedades crónicas coexistentes con respecto a quienes no presentan dicha condición. El número de enfermedades crónicas o padecimientos entre los adultos mayores frágiles fue de 3,5 enfermedades como promedio, mientras que descendió a 1,8 en los prefrágiles y a 1,2 en los robustos o sin fragilidad.

Una relación más clara entre ambas variables puede apreciarse en la figura 1.3. Cerca del 76 % de las personas de 60 y más años, que fueron clasificadas como robustas, no padecen de enfermedades crónicas o solo tienen una de ellas, y menos del 12 % tienen tres o más enfermedades. Entre los prefrágiles, el 44,2 % padece una o ninguna enfermedad y los que padecen tres o más ascienden al 28,1 %. Mientras que entre los considerados frágiles, menos del 20 %

padecen de una o ninguna enfermedad y los que tienen tres o más enfermedades crónicas representan cerca del 57 %.

Relacionadas también con la fragilidad se destacan otras características estudiadas a través de ENEP-2017, como la mayor propensión al estado de fragilidad mientras menor era el nivel de escolaridad, y entre personas de color de piel blanca y mestizas con respecto a los que son de piel negra. Cabe destacar que más de la mitad de las personas mayores clasificadas como frágiles tenían algún grado de depresión, denotando la importancia de tener en cuenta la fragilidad como predictor de eventos adversos de salud en este sector poblacional.

Este análisis resume de manera sucinta el actual panorama sociodemográfico y epidemiológico de las personas mayores en Cuba.

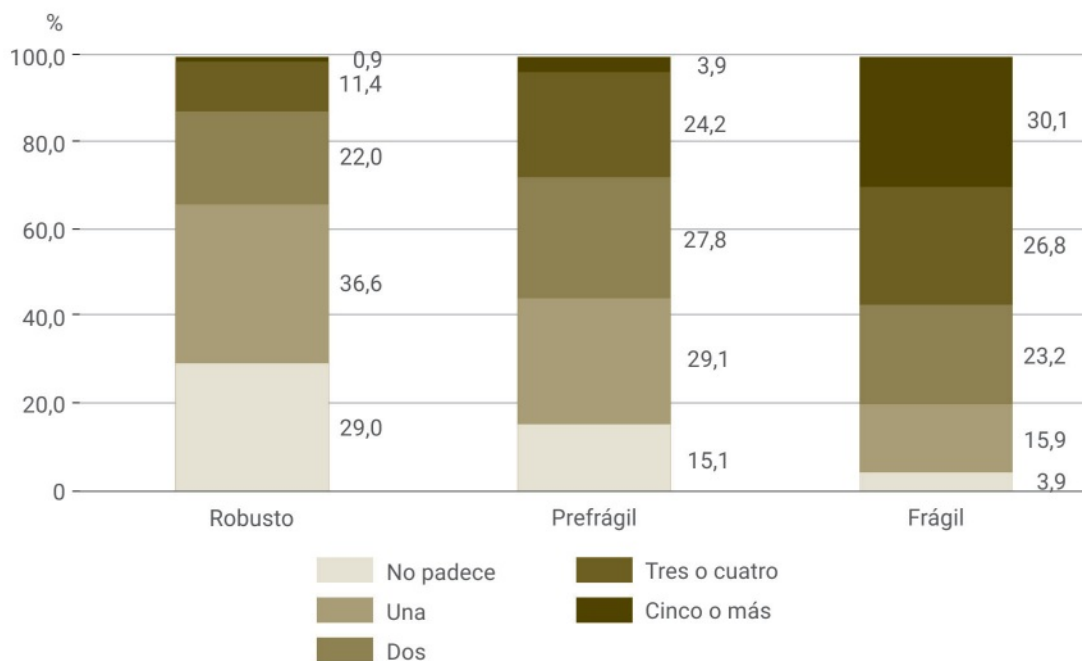


Fig. 1.3. Porcentaje de población de 60 y más años según estado de fragilidad y número de enfermedades crónicas autorreportadas. Fuente: Cálculos a partir de datos de la ENEP-2017.

Bibliografía

- Alfonso FJC, Mena CM. Envejecimiento. Un Reto Adicional. Apuntes para su Estudio en América latina, en Salud, Cambio Social y Político. Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México. 1999.
- Bayarre HD, Álvarez ME, Pérez JS, Almenares K, Rodríguez A, Pría MC, et al. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Rev. Panam Salud Pública*. 2018; 42:e21. 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP>
- Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017. Informe de resultados, Cuba, 2019. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/0.enep-2017_documento_completo_0.pdf
- Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). Anuario Demográfico de Cuba. 2019, 2020. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/publicaciones/cepde>
- Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). La esperanza de vida 2011-2013. Cálculos para Cuba y provincias por sexo y edades 2014. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/publicaciones/cepde/esperanzadevida-2011_2013.pdf
- Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadísticas e Información (CEPDE-ONEI). Proyecciones de la Población Cubana 2015-2050. 2015. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/publicaciones/cepde/proyeccion_2015_2050.pdf
- Colectivo de autores. Envejecimiento poblacional en Cuba a partir del Censo de Población y Viviendas 2012. Editorial Ciencias Sociales. La Habana. 2016.
- Colectivo de autores. Proceso de envejecimiento y su impacto en el desempeño económico: una aproximación. *Revista Cuba Investigación Económica*, 22 (2). 2016.
- Colectivo de autores. Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional. Primer Informe. UNFPA, ONEI, CEPDE. 2011. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/publicaciones>
- Comisión Económica para América Latina-Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (CEPAL-UNFPA). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, Santiago de Chile, diciembre 2009. LC/L.2987/REV.1 2009. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>
- Huenchuan S, Rivera E. (eds.). Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2019. LC/MEX/SEM.245/1. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44600>
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. 2002. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf>
- Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16:601e608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515112/pdf/nihms709065.pdf>

- Naciones Unidas. 2021-2030, Decenio del Envejecimiento Saludable. 2020. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/75/L.47>
- Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 2002. Nueva York, 2003. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Censo de Población y Viviendas 2012. Informe Nacional. Resultados definitivos de indicadores seleccionados en Cuba, Provincias y municipios. 2013. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/publicaciones/cepde/cpv2012/20140428informenacional>
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Informe Nacional Censo de Población y Viviendas. Cuba 2002. OMS, (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). 2006. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/oms-clasificacion-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro de Estudios sobre Población y Desarrollo (CEPDE), Centro Internacional de la Tercera Edad (CITED). Estudio “Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe”. Ciudad de La Habana, 2000. Disponible en: <https://docplayer.es/11102296-Proyecto-salud-bienestar-y-envejecimiento-de-los-adultos-mayores-en-america-latina-y-el-caribe-ciudad-de-la-habana-cuba-ano-2000.html>
- Partido Comunista de Cuba (PCC). Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el periodo 2016-2021. 2017; Disponible en: [http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos 2016-2021 Versionfinal.pdf](http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versionfinal.pdf)
- Stampini M, Aranco N, Ibararán P, Medellín, N. et al. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. División de Protección Social y Salud, BID. 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/datos-asociados-al-panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- Vellas B, Cesari M, Li J, Rodríguez-Mañas L, Castro M. El Libro Blanco de la Fragilidad. Madrid: IAGG e SEMEG, 2016. Disponible en: <http://www.semeg.es>
-



CAPÍTULO 2

Atención integral y cuidados a las personas mayores en Cuba



Reseña histórica de los modelos de atención

Alberto Ernesto Fernández Seco, Caridad del Pilar Medina Entrialgo

El envejecimiento de la población es un logro de la humanidad. Las personas mayores pueden y deben convertirse en una fuerza para el desarrollo de la sociedad, pero al igual que cualquier otro grupo poblacional, requieren de atención e intervenciones para que alcancen una vida digna, segura, saludable y libre de discapacidades.

El hombre siempre ha estado preocupado por el envejecimiento, tanto en sentido positivo como en negativo. Los antecedentes de esa preocupación se evidencian en todas las latitudes del planeta. Los antiguos chinos consideraban que envejecer era un gran honor. Por ejemplo, Confucio (pensador chino 551-479 a.n.e.) ya establecía una correlación positiva entre la edad de una persona y el grado de respeto hacia ella. En el Antiguo Testamento se destacan las virtudes que adornan a las personas mayores, su papel como ejemplo o modelo, o como guías. Por el contrario, los antiguos egipcios odiaban envejecer y desarrollaron toda una serie de opciones para evitarlo.

En la historia de la humanidad siempre existieron personas que alcanzaban los 60 años o más, pero el envejecimiento poblacional, debido a los cambios demográficos en el mundo, comienza a mitad del pasado siglo xx. En el contexto cubano, en el año 1492, Cristóbal Colón llega a América y manifiesta en su diario el día 11 de octubre "ninguno vi de edad de más de treinta años". En estudios realizados se confirma que la esperanza de vida de los indios tainos oscilaba entre 20 y 25 años.

En el periodo colonial cubano (1492-1898) el respeto a las necesidades de los ancianos no constituía una prioridad para las autoridades españolas. Actitud muy distante a lo expresado por su coterráneo Miguel de Cervantes Saavedra en su obra cumbre de la literatura española publicada en 1605, *Don Quijote de la Mancha*, en la que el Quijote expresa: "...estamos todos obligados a tener respeto a los ancianos..."

Los primeros indicios de atención a los más necesitados se limitaban a las iniciativas de los municipios y de la Iglesia católica, por lo que eran las instituciones civiles y eclesiásticas las que tenían a su cargo la protección de la salud de la población. Como evidencia histórica se puede hablar del hospicio anterior a 1650 en la localidad de Sancti Spiritus, "lugar en que el pobre, el huérfano y el enfermo encontraban provisionalmente un

abrigo". Este centro era atendido por religiosos. Posteriormente, se crearon otros espacios con estos fines. Pero no es hasta ya instaurado el periodo republicano (1902-1959) en que, en el año 1916, a la propia localidad de Sancti Spíritus llegaron dos hermanas de la caridad, para tratar de instalar un asilo que acogiera a los ancianos desamparados, que luego posibilitó la fundación y construcción del Asilo San José (1916-1928).

En esa época también existieron juntas de sanidad y casas de socorro y la presencia de tres sistemas insuficientes: estatal, privado y mutualista. Durante el periodo republicano burgués solo se recoge la existencia de un mal llamado "Instituto del viejo" en el que se atendía a la minoría rica. La

atención médica social a las personas de edad no era interés de nadie.

Poco antes de 1959 las personas mayores representaban el 6,8 % de la población cubana. Luego se crearon las bases para el desarrollo de un sistema de salud en el que se tuvieron en cuenta los problemas de los diferentes grupos de población. Por este motivo, en 1971, se implementan los programas nacionales básicos, dirigidos a actividades específicas de atención integral al niño, a la mujer y al adulto. En ellos se proponen acciones para los adultos mayores, específicamente para la atención institucional, cuando solo existía una veintena de hogares de ancianos en todo el país.





Características en Cuba

Alberto Ernesto Fernández Seco, Caridad del Pilar Medina Entrialgo

En la década de los setenta comienza a funcionar el Programa de Atención al Anciano, aunque ya con anterioridad se había iniciado un trabajo priorizado desde el punto de vista social, legislativo y de asistencia médica para garantizar la salud y la asistencia social de las personas mayores. También se buscaba garantizar el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida, donde las necesidades y demandas de los adultos mayores asumieran categorías superiores.

El 14 de agosto de 1971 se fundó la primera casa de abuelos en el municipio San Antonio de los Baños, dirigida por el Dr. Roberto Diéguez Dacal (1934-2015), especialista en Geriatria y Gerontología, quien posteriormente asumió responsabilidades en el Ministerio de Salud Pública y desempeñó un papel relevante en los programas de atención al adulto mayor. Esta casa de abuelos marcó las pautas de los servicios a brindar, como alimentación, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, manualidades, actividades físicas, culturales, encuentros intergeneracionales, entre otras. Estas actividades contribuyen a la recuperación de las habilidades de los adultos mayores y a la compensación de sus enfermedades de base. Hoy Cuba cuenta con 301 casas de abuelos, con un total de 10 303 capacidades, de ellas 11 pertenecen a órdenes religiosas y fraternales.

En 1974 el país contaba con 44 hogares de ancianos, hoy se alcanza la cifra de 158 hogares, de ellos, 20 de órdenes religiosas y fraternales, con un total de 12 643 camas.

Las respuestas tradicionales para la atención a las personas mayores resultaban insuficientes, por lo que en el año 1978 se decidió enviar al Dr. Osvaldo Prieto Ramos a realizar estudios especializados en el Instituto de Gerontología de Kiev, convirtiéndose así en el primer médico cubano certificado en Geriatria; y en noviembre de 1987 se gradúan los primeros cuatro especialistas en Geriatria y Gerontología, los doctores Hernández Verdugo, Guido Núñez, Julio Ortega y la Dra. Mercedes Ramos Quiroga, convirtiéndose, esta última, en la primera mujer graduada de esta especialidad en nuestro país; hoy es la Jefa del Servicio de Geriatria del Hospital Clínico Quirúrgico Calixto García. En la actualidad se cuenta con 269 especialistas y 149 residentes.

En 1982, por Resolución 194/82 del MINSAP, se nombra al profesor Miguel Ángel Valdés Mier (1935-2018) como jefe del Grupo Nacional de Gerontología y Geriátrica, cuando ocupaba el cargo de Director Nacional de Asistencia Social y Pública. Ese mismo año ve la luz el folleto *Psicogeriatría*, primera publicación sobre este tema en el país. El Dr. Évis Debasa Colina es nombrado como secretario de la Sociedad.

A nivel internacional, en el año 1982, se celebra en Viena la Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento, en la que se aprobó el Plan de Acción sobre el Envejecimiento, el cual dictó estrategias para crear programas internacionales con metas y objetivos específicos, que permitirían fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población. A partir de ese año se comienza a trabajar sobre el tema, cuando Cuba solo contaba con el 11,2 % de su población con 60 años y más. En 1984, con la creación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, se comienzan a desarrollar acciones que garantizan la atención integral a las personas mayores en la comunidad.

En ese mismo año 1984, el Dr. Raúl Mazorra Samora (1928-2002), atleta destacado entre los años 1945 y 1955 y médico del deporte, impulsor de la creación del Instituto de Medicina Deportiva, donde asumió responsabilidades, crea los círculos de abuelos, diseñados para un trabajo conjunto entre los médicos y enfermeras de la familia y los especialistas de cultura y deporte.

Los círculos de abuelos constituyen una de las acciones grupales más defendidas, ya que contribuyen en la recuperación de las capacidades físicas, la socialización y la autonomía. Es una experiencia genuinamente cubana acerca de la aplicación de los criterios de promoción de salud en las personas mayores. Actualmente se cuenta con 16 336 círculos de abuelos, con 936 224 participantes, lo que representa el 41,2 % del total de las personas mayores.

Como parte del sexto periodo de sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular, en el año 1984 se aprueba el Proyecto de Atención Institucio-

nal al Anciano, modalidad de atención para el cuidado a largo plazo, y en 1985 se instaura el Programa de Atención al Anciano Institucionalizado, el cual siguió los criterios de enfoque integral de equipo multidisciplinario para realizar una evaluación multidimensional con triple aspecto: biológico, psicológico y social, con elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

En el año 1983, a propuesta de los doctores Damián Santos Hedman y Hatuey Pita Álvarez se crea una sala de geriatría con 26 camas en el Pabellón Fajardo del Hospital Salvador Allende; en 1985 son fundadas por la dirección del propio hospital los Pabellones Mella y Muñoz, con una capacidad de 60 camas cada una, lo que permitió disponer de un servicio de hospitalización geriátrica de 120 camas. Ese año comienzan a funcionar los nacientes servicios de geriatría, creados por los doctores Rigoberto Pedroso Izquierdo y Juan Carlos Rocabruno Mederos y en el Hospital General Freyre de Andrade el primer servicio asistencial y docente. En 1986 se funda en el Hospital Hermanos Ameijeiras, luego en los hospitales clínico quirúrgicos Salvador Allende y 10 de octubre; posteriormente en el Hospital Ambrosio Grillo en Santiago de Cuba. Hasta alcanzar una cobertura en todo el país, en la actualidad con un total de 53 servicios y 1091 camas.

En el año 1987 se crea la Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología y se seleccionó como presidente al Dr. Osvaldo Prieto Ramos. Esta organización, cuyos miembros crecen considerablemente, celebra cada cuatro años un congreso internacional, que incluye en sus jornadas encuentros de adultos mayores para debatir sus inquietudes. Todos los años la sociedad celebra jornadas nacionales y provinciales, y tiene en su programación científica, con frecuencia bimensual, presentaciones de temas actualizados y trabajos de investigación. En 1989 la sociedad ingresó en la Asociación Internacional de Geriátrica.

Otro ejemplo que muestra la prioridad que se le da a la atención de este grupo poblacional es la aprobación en el año 1989, por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del Programa de Atención al Anciano Solo, que se mantiene en la actualidad.

Por iniciativa del Dr. Osvaldo Prieto Ramos el 7 de mayo del 1992 se funda el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED), con la misión de formar e investigar sobre temas de gerontología y geriatría. En 1996 se presenta el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, que cuenta con tres subprogramas: atención comunitaria (atención primaria), institucional y hospitalaria. Este programa está priorizado por el Ministerio de Salud Pública, junto al Programa de Atención Materno-Infantil y el Programa de Enfermedades Transmisibles y Crónicas no Transmisibles.

Contar con el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor permitió, a nivel institucional, incrementar y perfeccionar la atención en las casas de abuelos y hogares de ancianos, por lo que en el año 2013 se aprueban, dictadas por el Ministro de Salud Pública, la Resolución 33/13 Reglamento General de Hogares de Ancianos, y la Resolución 34/13 Reglamento General de Casas de Abuelos. De igual manera, el subprograma hospitalario sentó las bases para alcanzar una mayor calidad de atención, tanto en los servicios de geriatría como en el resto del hospital.

Referencia especial merece el subprograma comunitario, basado en la Atención Primaria de Salud y definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

...piedra angular de la cobertura sanitaria universal y principal punto de acceso de las personas mayores al sistema de salud [...]. Es también el enfoque más eficaz y eficiente para mejorar la capacidad y el bienestar físico y mental. [...] para promover la salud es esencial contar con una atención primaria que responda a las necesidades de las personas mayores.

Con relación a este tema, la Dra. Margaret Chan (1947-), en ese momento Directora General de la OMS, en el ámbito del XX Seminario Internacional sobre la Atención al Adulto Mayor y el VIII Congreso de Gerontología y Geriatría celebrado en el palacio de Convenciones en La Habana el 30 de marzo de 2012, expresó:

Cuba fue una de las primeras proponentes de la atención primaria de salud. Le dio un modelo al mundo para transformar los sistemas de salud hacia los nobles ideales de la equidad y la justicia social. Esta exitosa experiencia conformó los orígenes y la dirección del movimiento Salud para Todos.

En el año 1996, para dar respuesta al subprograma comunitario, se implementó la realización del examen periódico de salud (EPS) por el médico y enfermera de la familia al 100 % de las personas mayores de su consultorio, para evaluar la esfera biológica, psicológica, social y funcional. Este examen permite diagnosticar a los ancianos frágiles y en estado de necesidad. Paralelamente, como apoyo al Equipo Básico de Trabajo (EBT), se crean los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG), formados por especialistas en Medicina General Integral o Geriatría, de conjunto con una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo, todos diplomados en gerontología y geriatría, ubicados en cada policlínico. Este equipo es de vital importancia para la búsqueda de soluciones intra- y extrasectoriales.

El 24 de septiembre de 2003, con el objetivo de visualizar el envejecimiento y su mirada intersectorial, la Asociación Médica del Caribe (AMECA), presidida por el Dr. Eugenio Selman Housein-Abdo (1930-2015), crea el Club de los 120 años, como una iniciativa científica y sociocultural.

En el año 2004, como parte de la capacitación al personal de salud (médicos de la familia, enfermeras) se inician los cursos de maestría en Longevidad satisfactoria, así como la de Envejecimiento y salud, que permiten a los profesionales de todo el país alcanzar un grado superior de calificación para la atención a las personas mayores.

Entre los años 2004 y 2008, por iniciativa del profesor Selman se realizó un estudio de personas de 100 años y más. Sus resultados fueron publicados en el 2012 en el libro *Centenarios en Cuba, los secretos de la longevidad*. El estudio permitió demostrar y rebatir

la hipótesis, como en otros estudios realizados a nivel mundial (China, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Italia, Japón y Suecia), de que las personas con 100 años y más son dementes, con discapacidad o dependientes. Los centenarios aún pueden realizar actividades instrumentadas de la vida diaria, como ejecutar los quehaceres de la casa y manejar sus propios medicamentos. Esto ratifica lo planteado por la OMS referente a la necesidad de cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y al envejecimiento.

Este estudio de centenarios abarcó al 100 % de las personas con 100 años y más, y fue acompañado de un proceso de validación de la edad realizado por la Oficina Nacional de Estadística (ONEI), en el que se contempló la declaración y presentación de un documento de orden legal por parte del entrevistado, los eventos importantes en el ciclo de vida y algunos recuerdos históricos.

La investigación validó a 1488 personas con 100 años y más, 590 del sexo masculino (39,7 %) y 898 del sexo femenino (60,3 %). Por grupos de edades, se encontraban entre 100 y 104 años de edad 1323 centenarios, entre 105 y 109 años 159, y con 110 años o más 6 centenarios. El 90,8 % nacieron en Cuba, solo 120 centenarios reportaron haber nacido en otro país, fundamentalmente en Haití y España, hecho relacionado con la mayor migración. Como otro dato relevante se estudiaron 48 centenarios que vivían solos, lo cual demuestra que se puede mantener el validismo con esas edades. El médico y la enfermera de la familia mantienen un seguimiento y actualización de las personas de 100 años y más. Actualmente viven en Cuba 1788 personas centenarias.

Nuevas políticas públicas

El acelerado proceso de envejecimiento de la población cubana dio como resultado que en el año 2010 se cruzaran las poblaciones que llegan a los 60 años y más con los menores de 15, siendo el grupo de 60 y más el único que se incrementa, acompañado del de 75 años y más. Motivados por esta realidad, durante el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC)

se aprueba el Lineamiento 144 para la atención a la dinámica demográfica. Posteriormente, el Consejo de Ministros pone en vigor el Acuerdo 47/13 Medidas Inmediatas para la Atención a Casas de Abuelos y Hogares de Ancianos, y el Acuerdo 32/14 Política para Enfrentar los Elevados Niveles de Envejecimiento de la Población Cubana.

En el año 2016 se modifica el Lineamiento 144 y se aprueba el Lineamiento 119 que propone: “garantizar la implantación gradual de la política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población. Estimular la fecundidad con el fin de acercarse al remplazo poblacional en una perspectiva mediata y continuar estudiando este tema con integralidad”.

La política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población cuenta con tres objetivos principales:

- Estimular la fecundidad, con el fin de acercarse al remplazo poblacional con una perspectiva inmediata.
- Atender las necesidades de la creciente población de 60 años y más y fomentar la participación de los adultos mayores en las tareas económicas, políticas y sociales.
- Estimular el empleo mayoritario de las personas aptas para trabajar.

Dicha política tiene una perspectiva de atención a los adultos mayores de forma transversal, por lo que atraviesa e involucra a todos los organismos y sistemas del país. Dentro de este proyecto se incluyen más de diez ministerios y otras organizaciones; es dirigida por el presidente de la república. Hoy día está en fase de actualización.

El envejecimiento poblacional constituye una prioridad debido a las implicaciones teóricas y a las repercusiones prácticas que provoca, así como por su vinculación con aspectos priorizados en el marco de la actividad científica de las ciencias sociales. Esto no representa un panorama negativo, todo lo contrario, es necesaria una atención médica de calidad en correspondencia con los principios y los valores de la salud pública cubana para lograr la satisfacción

de la población con los servicios que se prestan. Ello constituye un objetivo estratégico del Ministerio de Salud Pública.

Debido a los cambios demográficos y al cuadro de salud actual, agravado por las consecuencias de la COVID-19, el envejecimiento poblacional cubano se convierte en un reto para el sistema de salud, el cual debe adecuar sus acciones a las necesidades crecientes de atención de las personas mayores, junto a las demandas ciudadanas.

Servicios de atención a las personas mayores

Los sistemas de salud fueron diseñados, tradicionalmente, para la promoción, prevención atención y rehabilitación. El cuadro de salud actual, acompañado del envejecimiento poblacional, ha obligado a incorporar los cuidados como una de sus funciones y prioridades. Estos cuidados van dirigidos principalmente a las personas mayores, personas en situación de discapacidad y cuidadores. Según el experto Uruguayo Julio Bango, a los tradicionales pilares de bienestar, educación, salud y seguridad social, en el siglo XXI se le incorporan los cuidados.

El cuidado en el sistema de salud (fig. 2.1) se garantiza principalmente en las casas de abuelos y hogares de ancianos, y la mayoría de las personas mayores llegan a estas instituciones desorientados emocionalmente, algunos con limitaciones físicomotoras, por lo que son acogidos por equipos de trabajo que, teniendo en cuenta sus diagnósticos individuales, tienen el reto de incorporarles a las actividades que puedan serles útiles, respetando siempre su individualidad.

Historias de vida

Los cuidados en este tipo de instituciones y las formas de capacitación y atención pueden ejemplificarse a través de las experiencias e historias de vidas de personas mayores en la provincia

de Cienfuegos, ubicada en la parte central de la isla de Cuba, a 233 km de La Habana y en la que viven 82 561 personas mayores, representando el 20,6 % de la población del territorio.

Miguel (85 años) acudió a la casa de abuelos San Carlos y asegura que a partir de ese día cambió completamente su modo y estilo de vida. “En mi casa todos trabajan, me sentía un poco aislado y desde mi incorporación a este centro, hace dos años, el cambio ha sido sustancial, aquí me entretengo, leo, veo televisión y acudo a muchas actividades”.

Margarita (77 años), para dar un nuevo curso a su vida decide ingresar en la Casa de Abuelos del municipio de Abreus. Toma esta decisión porque se encontraba sola en su hogar sumida en una profunda depresión, según refiere le “*faltaba voluntad*”, incluso ni se alimentaba. A su ingreso fue evaluada por el grupo multidisciplinario y se tomaron varias conductas para el mejoramiento de su salud física y mental. Hoy refiere ser una mujer diferente “aprendió a vivir”. Actualmente egresó de la casa de abuelos y participa en todas las actividades de su comunidad, en el Círculo de Abuelos; como apoyo a su alimentación fue insertada en el Sistema de Atención a la Familia y recibe otros beneficios de la asistencia social.

El proyecto comunitario “Alegría de Vivir”, ubicado en el reparto Pastorita de Cienfuegos, y la Casa de Abuelos del mismo nombre, aboga por la atención y la inclusión de los adultos mayores en actividades que les permitan mejorar su calidad de vida, trata de motivar a los abuelos a explotar sus potencialidades y les ofrece herramientas para ayudarlos a enfrentar determinadas situaciones, como la jubilación.

Con este proyecto, Lidia (78 años) e Hilaria (71 años) encontraron una forma de realización espiritual, al ocupar su tiempo en actividades nuevas para ellas; aprendieron a hacer bolsos, muñecas de telas, lo que les permitió participar hasta en una feria internacional de artesanía. Otros ancianos han encontrado su motivación en la práctica de actividades físicas como el Thai Chi, la meditación y el Reiking (medicina alternativa proveniente de Japón).

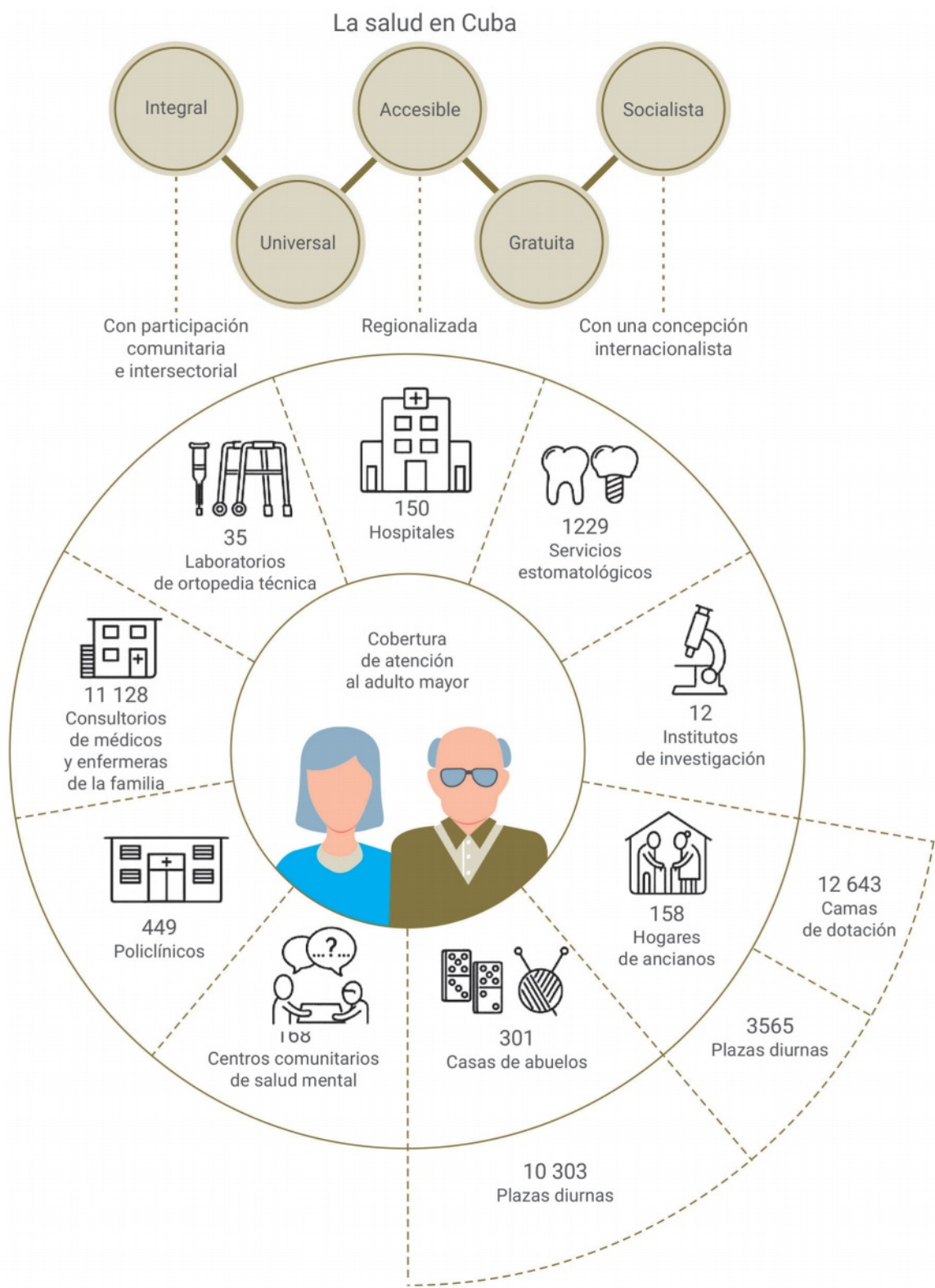


Fig. 2.1. Esquema de atención en el sistema de salud cubano.

En los municipios de Lajas y Cruces se desarrollan proyectos dirigidos a los ancianos, los que involucran a las instituciones y a la comunidad y donde participan todos los organismos del Estado. En ellos se presta una atención especial al tema del cuidado de los ancianos, se capacita al personal de escuelas, se educa e informa a los niños y a los trabajadores en los centros e instituciones sobre estos temas, se crean espacios saludables para los ancianos y se toman iniciativas, desde el punto de vista gubernamental, para el mejoramiento de las condiciones de vida de este grupo poblacional.

Ana Carvajal Robles residió en el Hogar de Ancianos del municipio de Rodas, llegó con 86 años, fue ingresada a solicitud de la nieta por estar postrada, con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II e hipertensión arterial, no tenía control de esfínter, por lo que usaba pañales desechables. El personal de rehabilitación, enfermería y psicología comenzó a darle tratamiento personalizado. En la consulta multidisciplinaria se determinó que las afectaciones que tenía eran psicológicas; en seis meses se logró su movilidad con el apoyo de un andador, se habilitó una mesa auxiliar para darle su alimentación y, a la vez, se le insistía para que manejara ella misma sus cubiertos, trabajando en sesiones diarias e individuales con el psicólogo para lograr una conexión afectiva que permitiera despertar su voluntad para realizar cada una de las actividades. Con ese intenso trabajo se logró su incorporación a las actividades diarias, que fuera a almorzar al comedor y se alimentara por sí sola; recuperó el control de esfínter y se mantuvo realizando las actividades de la vida diaria hasta que fallece a sus 91 años.

Fernando González Rey, combatiente de la gesta de Playa Girón, fue internado en el Hogar de Ancianos a los 95 años, válido físico y mentalmente. Decide su

ingreso en el centro por voluntad propia. En estudios realizados se le diagnosticó una cardiopatía isquémica, por lo que se traslada al Hospital Provincial, donde se decide colocarle un marcapaso. Al no tener familiares siempre fue acompañado por los asistentes del hogar de ancianos y compañeros combatientes del municipio. En el hogar participó activamente en las actividades culturales en las que cantaba y bailaba. Durante su estancia se mostró receptivo, familiar, responsable, transmitiendo sus experiencias en todas las actividades. Cumplió sus 100 años y se celebraron con compañeros de cultura, deporte, el Gobierno y otras entidades. Siempre se mantuvo lúcido y sin otras patologías asociadas, hasta su fallecimiento con 102 años.

Hilda Toledo Hernández ingresa en el Hogar de Ancianos con 87 años, portadora de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica; deambulaba sin dificultad, realizaba su baño sola con supervisión de la enfermera. A los 3 años y 6 meses de estar en el hogar sufre una caída de sus propios pies, fracturándose la cadera izquierda; es intervenida quirúrgicamente y a los siete días de operada regresa a la institución. Se reevalúa por los especialistas de fisiatría, geriatría y medicina interna y comienza a caminar con andador, logra incluso hacerlo sin esta ayuda técnica en un periodo de seis meses. Fallece a los 92 años de edad.

En el Segundo Nivel de Atención, una experiencia muy positiva es la que se vive en el Hospital Provincial Universitario Gustavo Aldereguía del territorio cienfueguero, donde cuentan con un movimiento denominado Hospital Amigo del Adulto Mayor. En la institución, desde sus diferentes especialidades, se capacita paulatinamente a todos los trabajadores en la atención a las personas mayores, logrando así la geriatrización de los servicios.





El cuidado a los adultos mayores

Edith Nieves Álvarez Pérez

El envejecimiento es un elemento natural de la vida, con características propias que difieren de un individuo a otro, que conlleva, en algunas ocasiones, una pérdida de funcionalidad y autonomía en las personas mayores. Es por ello que surge la necesidad de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las necesidades básicas e instrumentales. Las personas cuidadoras, que pueden ser formales e informales, deben tener formación y preparación en temas gerontogeriátricos, pues orientan y ayudan a los adultos mayores a preservar sus funciones residuales y a recuperar en lo posible las deterioradas. Realizan, además, actividades promocionales que mejoran la autoestima, la independencia hasta donde sea posible y por tanto, la calidad de la vida de los adultos mayores que cuidan.

La práctica de cuidados existe desde el comienzo de la vida, ya que tienen como objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle. Se afirma que cuidar no es únicamente una actividad física, sino también y, fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan. Los cuidados representan un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida, como beber, comer, levantarse, moverse, desplazarse, desarrollarse emocionalmente, mantener relaciones sociales, entretenerse, etc.

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Cuidar no es únicamente una labor destinada a ayudar a las personas que padecen una enfermedad, sino que son aquellas actividades dirigidas a las personas que, por diferentes circunstancias, no son capaces de satisfacer sus propias necesidades. Es decir, cuidar a alguien es ocuparse de él, atenderlo en sus necesidades; el cuidado está destinado a mantener la vida y a ayudar a una muerte digna. Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Cuidar y cuidado existen en el seno de la vida misma y sin ellos no sería posible su mantenimiento y desarrollo.

Existen diferencias entre cuidados agudos o puntuales y cuidados de larga duración (CLD), estos se centran en minimizar, restablecer o compensar la pérdida del

funcionamiento físico y mental, en ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria y permitirle vivir lo más independientemente posible. Este tipo de cuidado presupone una atención de intensidad progresiva, debido a que la cantidad y frecuencia de los cuidados aumenta conforme se incrementa el grado de dependencia de la persona receptora de cuidados.

Los cuidados pueden ser provistos por la familia en el domicilio, ser compartido por la familia y un centro externo al domicilio en régimen ambulatorio durante el día, o a través de una institución sociosanitaria. A pesar del desarrollo de estos servicios por parte del Estado, el cuidador familiar sigue siendo la forma dominante de cuidado en todo el mundo.

Se distinguen diferentes tipos de cuidados según el proveedor los dispensa. Si los cuidados se realizan de forma autónoma por cada persona, como cuidado de sí mismo, se le denomina autocuidado. Si por razones de edad, discapacidad o enfermedad, no puede autocuidarse, entonces necesita de otras personas que lo ayuden a realizarlos (cuidado informal o formal).

La inmensa mayoría de los adultos mayores son cuidados por su familia; este cuidado se acostumbra a denominar cuidado informal o familiar, que es el que se presta por parientes, amigos o vecinos en el ámbito doméstico. El cuidado informal se define como el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas, fundamentalmente por sus familiares y allegados. Se caracteriza por su reducido tamaño, por existir afectividad en las relaciones y por realizar el cuidado, no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Por el contrario, se entiende por cuidado formal aquel que procede de las instituciones y es prestado por profesionales, es decir, aquellas personas formadas para ello y que reciben una retribución económica por el hecho de cuidar.

Los cuidados familiares se centran en prestar servicios de infraestructura básica de ayuda a la salud (alimentación, higiene, relaciones sociales), servicios relacionados directamente con la enfermedad y la dis-

capacidad (compañía, transporte, aplicación de tratamientos, acompañamiento en el proceso de morir) y gestión con los servicios sanitarios (trámites, compra de medicamentos). Las acciones o cuidados deben enfocarse hacia la promoción de capacidades y la reducción de limitaciones del adulto mayor.

Formación y capacitación para el cuidado

Son numerosas las investigaciones que demuestran las necesidades de aprendizajes de los cuidadores. Investigaciones realizadas en Cuba han demostrado que, por lo general, los cuidadores se caracterizan por ser familiares femeninos, de edad madura, con nivel educacional medio o alto, pero con conocimientos insuficientes para la atención del anciano y su autocuidado. Por otra parte, la realización de las capacitaciones permitió evidenciar que los cuidadores pueden llegar a mejorar sus conocimientos hasta el 90 % y que para ellos es gratificante la asistencia, ya que pueden ganar experiencias para brindar un cuidado óptimo.

Resulta evidente la necesidad de fortalecer la formación gerontogeriátrica de los profesionales de la salud, así como a facilitadores, cuidadores, familiares o informales, y a la propia persona mayor, comenzando por la atención primaria de salud. En dicha formación deben alcanzarse las competencias necesarias (saber, saber hacer y ser).

En Cuba existe una gran experiencia en la formación de cuidadores, así como en la preparación de los facilitadores. El crecimiento de la población de personas mayores ha originado la necesidad de contar con personal calificado para su cuidado e implementar programas educativos según las necesidades de capacitación que tienen los cuidadores.

Son diversas las estrategias gubernamentales, lideradas por el Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor y en función de la preparación de los recursos humanos del sistema de salud en los diferentes niveles de atención. Se prioriza la atención primaria, pues es en la comunidad donde permanece el adulto mayor y su familia, así como la

implementación de las escuelas de cuidadores en todas las provincias. Los resultados son positivos, mejorando la calidad de los cuidados y la prevención del síndrome del cuidador.

Geragogía, pedagogía del envejecimiento

Poco se sabe de la geragogía, rama derivada de la pedagogía (ciencia de la educación y la enseñanza) especializada en la vejez, ya que desde su aparición apenas ha tenido difusión. Sin embargo, sí sabemos que se trata de una nueva disciplina de la que existen múltiples referencias bibliográficas y que seguramente adquirirá una especial relevancia en los próximos años debido, entre otras razones, al incuestionable envejecimiento de la población.

El término geragogía deriva de la palabra griega “geros” que significa anciano, a diferencia de pedagogía, que proviene también del griego “paidos”, cuyo significado es “niño”. De esta forma, si el pedagogo es el profesional encargado de educar al niño o al joven, el geragogo sería el experto encargado de proporcionar una educación enfocada a las personas mayores.

Por eso, cuando se habla de geragogía se están refiriendo a un tipo de pedagogía dirigida y especializada en la tercera edad, y que tiene como principal objetivo desarrollar y fortalecer todas aquellas capacidades, habilidades y recursos con los que cuentan las personas mayores para afrontar esta etapa de su vida de la mejor manera posible. En este sentido, se parte de la premisa de que el aprendizaje es algo permanente a lo largo de todo el ciclo vital y, por lo tanto, no es ajeno a las personas mayores.

En la tercera edad los conocimientos adquiridos y las experiencias vividas pueden ayudar mucho a potenciar las capacidades y el talento que se ha acumulado gracias a todos los años de vida. Y es que, aunque es posible que, una vez alcanzada esta etapa,

resulte más complicado adaptarse a los nuevos entornos, también es posible que las estrategias utilizadas permitan recordar mejor las capacidades aprendidas previamente. En otras palabras, esta disciplina centra su objeto de estudio en todas aquellas teorías y metodologías relacionadas con la educación de los adultos mayores, y que afronta, entre otras cosas, cuestiones como derribar el mito de que estas personas, a partir de una determinada edad, ya no son capaces de aprender porque han ido perdiendo facultades de diversa índole.

Por otra parte, el papel de los geragogos no es otro que fomentar la mente activa, la formación y la ocupación de las personas mayores por medio de diversas y variadas actividades que potencian la estimulación de diferentes funciones cognitivas, como la memoria, el cálculo y la atención, entre otras.

Además, el profesional de la educación de la tercera edad tendrá la función de promover hábitos de vida saludables, fomentar la motivación y la autoestima, trabajar el sentimiento de autorrealización y, sobre todo y lo más importante, potenciar el envejecimiento activo, el bienestar y la calidad de vida.

Los principales temas para la formación de los cuidadores se centran en:

- Información y formación sobre la enfermedad.
- Asesoramiento relacionado con las acciones que debe emprender: sociales, sanitarias, jurídicas, etc.
- Identificar los recursos familiares.
- Conocer los servicios sociosanitarios existentes en la comunidad.
- Conocer los recursos orientados a prevenir el síndrome del cuidador: escuela para cuidadores, psicoterapias, etc.
- Cuidar la salud personal: dieta, descanso, vigilar la aparición de problemas indeseados, etc.
- Respetar la autonomía de la persona, el derecho a la salud y la vida, a la dignidad, a pesar de tener limitaciones.
- Responsabilidad de brindar atención de calidad.

Las tareas que le dan sentido al rol de la persona cuidadora, dependiendo de la funcionalidad y necesidades de la persona cuidada, son:

- Movilización y transferencias (mecánica corporal).
- Higiene personal y vestido.
- Alimentación.
- Funcionalidad a nivel físico.
- Inteligencia emocional.
- Técnicas para manejo de estrés.
- Terapia y estimulación cognitiva.
- Atención de emergencias.
- Acompañamiento y apoyo emocional.
- Técnicas de relajación.

El grado de atención brindada en estos diferentes aspectos dependerá, en alguna medida, del tipo de cuidador de que se trate.

Otros aspectos que deben considerarse en este campo son:

- ¿Por qué se cuida?
- ¿A quién se cuida?
- Relación previa con la persona cuidada.
- Causa y grado de dependencia del familiar.
- Ayuda que prestan otros miembros de la familia.
- Autoexigencias que se imponen los cuidadores.
- Importancia del autocuidado del cuidador.
- Factores económicos.
- Perspectivas del cuidado que la población demandará en los próximos años.

En ese sentido, algunos de los retos que enfrenta Cuba en la esfera del cuidado a las personas mayores son:

- Fomentar y desarrollar la investigación en temas de vejez y envejecimiento.
- Dotar de información detallada y precisa a las personas mayores y sus familiares.
- Exhortar a las instituciones que brindan los servicios de cuidado a que sean sensibles a las necesidades clínicas y de atención, y provean una

atención digna y respetuosa (geriatriización de los servicios).

- Impartir cursos y estándares de certificación nacional para profesionales y cuidadores informales.
- Crear comunidades de práctica y de aprendizaje para mejorar esta actividad en los hogares a través de capacitación interdisciplinaria.

Las aptitudes profesionales de un cuidador de personas mayores son importantes, pero también lo son aptitudes personales, como:

- Tener vocación y esmero a la hora de tratar con una persona mayor, ya que requiere dedicación física y psicológica.
- Tener empatía con la persona mayor a la que se está atendiendo, con esto también se conseguirá un trato más cercano y familiar.
- Actitud positiva para resolver cualquier problema.
- Paciencia ante la actitud que pueda tener la persona a la que se trata, hay que entender la situación en la que se encuentra.
- Capacidad de comunicación, lo que hará a la persona mayor trabajar la memoria, el habla y la escucha activa.
- Hay personas dependientes por alteraciones de movilidad o deterioro cognitivo. Se requerirá habilidades para movilizarlo.
- Tener flexibilidad horaria.
- Aceptar las limitaciones.
- Pedir ayuda cuando sea necesario.
- Tener tiempo para sí mismo.

El cuidador es, en no pocas ocasiones, el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen atenciones específicas y muchas veces especializadas a los enfermos crónicos. Es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. Por ello, una persona cuidadora cumple la función de facilitar y proporcionar cuidados para las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana que una persona mayor no pueda realizar, o en la que requiera

algún tipo de apoyo debido a una incapacidad física o mental.

Se afirma que, cuando estos cuidados son mantenidos, se prolongan en el tiempo y aumenta la intensidad y la complejidad, surge un complejo síndrome afectivo y motivacional, que aparece en aquellos que desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza.

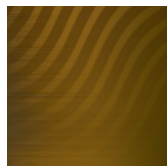
El conjunto de consecuencias penosas que el cuidado de una persona dependiente tiene para el cuidador ha sido coceptualizado como carga o *burden*, término anglosajón. La bibliografía sobre el tema aporta diferentes y tipificadas categorías diagnósticas que expresan este problema de salud. Algunas de estas categorías son las conocidas como síndrome del cuidador, sobrecarga o carga del cuidador; que se definen como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social

o económico que pueden experimentar los cuidadores. Otros lo describen como el estado subjetivo asociado al grado de incomodidad o molestia originado por la prestación de cuidados.

El cuidador debe pedir ayuda a los profesionales de su área de salud, a psicogrupos, a la familia. Hay medidas generales que no debe dejar de cumplir, como la práctica de ejercicios, el cuidado de su salud y de su vida social, descansar y alimentarse bien, prevenir problemas físicos y lesiones, manejar adecuadamente las emociones, mantenerse bien informado y, muy importante, no culparse.

El cuidado de una persona dependiente es una labor compleja y, generalmente, prolongada, que genera estrés, por lo que el bienestar del cuidador y la calidad de los cuidados ofrecidos se afectan. Es importante detectar signos de alarma, como ansiedad, susceptibilidad, agotamiento, defensas bajas, aislamiento social, trastornos del sueño, dificultad para la gestión de situaciones y negación del problema.





El cáncer y la edad

Miguel Emilio García Rodríguez, Mercedes Bárbara Ramos Quirogas,
Noris Valladares Castillo, Alicia Sende Odoardo

Cuba tiene indicadores de salud similares a las naciones desarrolladas, donde las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos son las principales causas de muerte. El tratamiento del cáncer puede resultar un desafío mayor o más complicado para los adultos mayores, porque estos son más propensos a tener afecciones de salud crónicas, como diabetes o enfermedad cardíaca, y aun estando sanos, el cuerpo probablemente responderá de manera diferente al de una persona más joven.

Epidemiológicamente la incidencia de la mayoría de los cánceres y la mortalidad por cáncer aumenta con la edad. Más del 60 % de los cánceres y el 80 % de las muertes por cáncer ocurren en el 12 % de la población mayor de 65 años. Se estima que el 10-12 % de la población mayor de 70 años tiene una historia previa de la enfermedad.

El crecimiento y desarrollo de un cáncer conforme avanza la edad afecta a ambos sexos y en todos los tipos de cáncer estudiados, de forma particular en el cáncer de mama en la mujer y en el de próstata en el varón. El cáncer es la primera causa de muerte en mujeres de 40 a 79 años y en varones de 60 a 79 años, mientras que constituye la segunda causa de muerte en la población general por detrás de las enfermedades cardíacas. No ocurre así, en la población mayor de 85 años en la cual constituye la primera causa de muerte para ambos sexos. El cáncer en la edad adulta tiene determinada variabilidad epidemiológica en cuanto a tipo, grado de diferenciación, así como en las perspectivas diagnósticas y terapéuticas.

El factor edad tiene gran efecto sobre la tasa de morbilidad y mortalidad por cáncer. La probabilidad de desarrollar cáncer es mucho más elevada en las personas mayores de 65 años. A los 25 años la probabilidad de desarrollar cáncer dentro de los próximos 5 años de vida de una persona es de 1 en 700, mientras que a los 65 años la probabilidad de desarrollar cáncer aumenta a 1 en 14.

Es conocido que el cáncer está intrínsecamente y directamente relacionado con la edad, por lo que es una enfermedad de personas mayores. Los ancianos están rápidamente llegando a constituir el grupo más importante de la práctica oncológica médica, su diagnóstico precoz y tratamiento constituye una necesidad acuciante para este grupo etario.

Ante estos datos, resulta indispensable valorar los cambios anatomofisiológicos del paciente geriátrico, la mortalidad, las neoplasias más frecuentes, la elección del tratamiento quirúrgico, la seguridad de los procedimientos a emplear para prolongar en el anciano los años de vida activa y su calidad.

Se revisaron artículos de diferentes autores y compararon con la experiencia adquirida. En la literatura revisada se menciona el aumento de las enfermedades neoplásicas malignas en las personas mayores en los últimos años, aspecto que coincide con las estadísticas hospitalarias en Cuba. Se describen aspectos importantes como la edad, los cánceres previos y los procedimientos quirúrgicos.

Los cambios anatomofisiológicos en el paciente oncológico influyen en la toma de decisiones y en la valoración del riesgo quirúrgico. La multimorbilidad, el consumo de medicamentos, el estado cognitivo, la afectividad, el apoyo social, y la piedra angular de la geriatría, el estado funcional del enfermo, son parámetros de los que se deriva, en especial, el grado de autonomía como indicador de salud en el senescente, y principalmente como indicador de esperanza de vida y de esperanza de vida activa; aspectos abordados en la valoración geriátrica integral.

Con el conocimiento de la necesidad de optimizar la seguridad y eficacia en el proceso de atención de estos pacientes antes, durante y posterior a la cirugía, se integra al geriatra, no solo como interconsultante, sino como integrante del equipo involucrado en la toma de decisiones y haciendo énfasis en los aspectos relacionados con la seguridad de este grupo de pacientes.

La expectativa de vida en adultos mayores con cáncer está influenciada por:

- La edad.
- El estadio en el momento del diagnóstico.
- La forma de presentación de la enfermedad.
- El abordaje quirúrgico.
- El estado nutricional.
- La situación social y familiar.
- Las patologías concomitantes, complicadas o no.
- La disfunción psicoafectiva.
- La funcionalidad.

En general, se trata de pacientes con menos comorbilidades y mejor estado funcional, lo que permite que alcancen edades más avanzadas, así como cánceres debido a la exposición más prolongada a los factores de carcinogénesis y por exposición mayor a nuevos cancerígenos. Estos datos paradójicos se han comprobado en el cáncer de mama, donde se constata que afecta preferentemente a mujeres sanas, con las mejores densitometrías óseas, aquellas que se han beneficiado de un efecto estrogénico más prolongado.

En el año 2020, perdieron la vida 26 056 personas por tumores malignos, muchas de estas se encontraban en edades mayores de 60 años.

Valoración geriátrica integral

La fragilidad es un síndrome clínico resultado de alteraciones multisistémicas, caracterizado por un incremento en la vulnerabilidad y discapacidad, lo que, en consecuencia, eleva la mortalidad posoperatoria. La definición descrita por Linda Fried y colaboradores incluye pérdida de peso, autopercepción de cansancio, debilidad muscular, lentitud de la marcha y pobre actividad física; sin embargo, se han utilizado otras herramientas para identificarla, como la prueba de tamizaje que utiliza variables obtenidas en la valoración preoperatoria: deterioro cognitivo, desnutrición, caídas, hematocrito, dependencia funcional y número de comorbilidades como predictores de mortalidad posoperatoria e institucionalización a seis meses después del evento quirúrgico.

Una de las principales preocupaciones en la oncogeriatría reside en la evaluación adecuada de este grupo de población. Por ejemplo, los datos de toxicidad de las distintas series en las que se emplea quimioterapia en el anciano reflejan que el riesgo de inducir toxicidad severa al anciano con estos tratamientos es alto. El uso de quimioterapia también se asocia con un mayor riesgo de causar deterioro cognitivo en el anciano, así como dependencia funcional, e incluso la muerte. Por este motivo, la toma de decisiones en el anciano oncológico debe hacerse de forma muy cuidadosa.

El deterioro fisiológico asociado al envejecimiento es el responsable del alto riesgo de toxicidad asociada a la quimioterapia en el anciano oncológico. Como consecuencia del proceso de envejecimiento se produce la disminución en la capacidad de adaptación externa a los cambios y la eficacia de los mecanismos de control. Esto se refleja en la lentitud de respuestas tales como el equilibrio hidroelectrolítico, la glucemia o la tensión arterial, entre otros. Por otro lado, se modifica la composición corporal, aumenta el volumen plasmático, disminuye el agua corporal total, el agua extracelular y aumenta el tejido adiposo. Con el envejecimiento también se producen una serie de cambios fisiológicos en la absorción, distribución y metabolismo hepático de los medicamentos. Distintos estudios indican que el riesgo de que un anciano tratado con quimioterapia presente algún tipo de evento adverso asociado al uso de fármacos es del 90,1 al 91,5 %.

La valoración geriátrica integral es un término amplio que se usa para analizar el estado de salud del anciano con un abordaje distinto al estándar. El estado de salud de este grupo poblacional depende de factores que van más allá de los problemas médicos, entre ellos están la situación social y el estado psicológico y mental. También se pone énfasis en la valoración del estado funcional, tanto de su conservación como de su mejora. Aunque, en sentido estricto, es un proceso diagnóstico que se sustenta en cuatro pilares:

- Un equipo multidisciplinario.
- Una evaluación multidimensional.
- Un proceso de análisis.
- La creación de un plan de intervención individualizado en función de las características del paciente.

La valoración geriátrica integral puede descubrir problemas de salud tratables; es la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y la principal herramienta de trabajo en el paciente anciano, facilitando su adecuada atención.

A modo muy resumido, algunas de las ventajas de la valoración geriátrica integral en el paciente oncológico son las siguientes:

- Proporciona una estimación de la expectativa de vida del paciente.
- Estima la reserva funcional y la tolerancia a la quimioterapia.
- Predice mortalidad temprana en ancianos tratados con quimioterapia y mortalidad al año en los oncológicos en general.
- Facilita la toma de decisiones.
- Facilita el reconocimiento de una enfermedad comórbida reversible que pueda interferir con el tratamiento del cáncer.
- Hace posible que se emplee un lenguaje común en el tratamiento de los ancianos con cáncer; esencial para la valoración retrospectiva de la calidad del cuidado y para el manejo prospectivo en ensayos clínicos.
- Aporta una información adicional a la que se obtiene mediante los índices/escalas de situación basal, tales como el ECOG-PS (*performance status*) o índice de Karnofsky (IK).

La cirugía oncológica geriátrica ha experimentado un gran desarrollo, no solo por el aumento de edad de la población, sino, además, porque el mejor conocimiento del envejecimiento y el progreso de la técnica han permitido ampliar la oferta quirúrgica con resultados similares a los obtenidos en grupos de pacientes más jóvenes y a grupos de pacientes oncológicos no geriátricos.

El cirujano debe estar comprometido con altos estándares de calidad, presididos por la excelencia intelectual y por su papel como servidor de la sociedad, aspectos que lo colocan en una posición única para utilizar el juicio clínico basado en la evidencia y lograr un balance entre el deseo del paciente y el óptimo cuidado de su salud.

Como la discriminación únicamente basada en la edad es inapropiada, se han publicado guías de práctica clínica, como la del Colegio Americano de Cirujanos y la Sociedad Americana de Geriátrica. En ellas se

señala la importancia de identificar la habilidad y capacidad del paciente para entender la cirugía a la cual será sometido, así como establecer los objetivos del tratamiento en el contexto del sujeto e identificar los síndromes geriátricos, antes mencionados, propios de esta población, sin olvidar la evaluación cardiovascular y pulmonar.

En la asistencia sanitaria al paciente geriátrico pueden ocurrir diferentes tipos de daños, los que se potencializan aún más en la persona geriátrica, debido a que la expresión de las enfermedades en el adulto mayor tiene una peculiaridad sintomática; se presenta con connotaciones especiales que responden al siguiente patrón:

- Es frustrada e incompleta: como la bronconeumonía que puede cursar sin fiebre o en el infarto de miocardio sin presentar dolor postrante.
- Es atípica: como la artritis reumatoide, que se manifiesta solo con leves dolores y mucha atrofia muscular, o el infarto de miocardio que puede presentarse en el adulto mayor de tal modo que lleve a pensar en un cuadro abdominal.
- Es banalizada: puesto que los adultos mayores restan importancia a sus síntomas, los que atribuyen a la vejez. Los describen de forma

ambigua, por lo que la valoración de cualquier trastorno llega a ser difícil o se tiende a restarle importancia.

- Es silente: es el caso de una gran mayoría de infecciones urinarias, que no muestran ninguna sintomatología y cuya presencia solo se descubre en una exploración rutinaria o por un síndrome confusional agudo.

Los ancianos constituyen ya el grupo más importante de la práctica oncológica médica. Las predicciones de envejecimiento de la población permiten intuir que el cáncer en el anciano y su tratamiento deben ser considerados como un problema sanitario de primer orden. El paciente oncológico geriátrico es un grupo poblacional a tener en cuenta a la hora de ser evaluado, debido a las características inherentes a la edad y las comorbilidades presentes. La valoración geriátrica integral, con todos sus aspectos, es de vital importancia para la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento. El tratamiento personalizado es el *gold estándar* del cuidado. Tener en cuenta los aspectos relacionados con la seguridad del paciente garantizan la calidad de la atención a este grupo de pacientes.





Ética y medicina basada en la evidencia

Mercedes Bárbara Ramos Quiroga, William Rodríguez Pérez

Con el paso del tiempo, en los decisores y prestadores de salud se intensifica la preocupación sobre la necesidad de basar los servicios en evidencias para alcanzar la meta de brindar una atención cuantitativa y cualitativamente sostenible.

Con el surgimiento de la epidemiología como disciplina independiente en los años 40, dedicada en sus inicios al estudio y tratamiento de los procesos infecciosos que azotaban a la población mundial, se inicia el desarrollo de la investigación clínica epidemiológica. Ya en los años 70, con el incremento de la expectativa de vida después de finalizada la II Guerra Mundial, se incrementa la presencia de personas con enfermedades crónicas no transmisibles y se comienzan a desarrollar en el mundo estudios epidemiológicos a mediano y largo plazo que abordan este grupo de enfermedades con altos costos sanitarios; estas pasan a ser las causas principales de morbilidad, letalidad y discapacidad. Uno de los estudios más conocidos y de mayor alcance resultó el de Framinhang (estudio prospectivo de base poblacional que comenzó en esta ciudad del estado de Massachusetts en los EE.UU. en 1948, con la cohorte original), en el que durante los últimos 66 años los investigadores han recogido datos sobre las enfermedades cardiovasculares y sus factores predisponentes con importantes aportes. Han continuado otros estudios de carácter regional e interregionales dedicados fundamentalmente a este tipo de patologías, debido a su incidencia y prevalencia, y a los múltiples ensayos fármaco-terapéuticos de los que han sido objeto.

Gran parte de estos estudios han sido financiados por transnacionales y firmas farmacéuticas, los que, en muchas ocasiones, pueden estar sometidos a márgenes de error, condicionados por los fines económicos que están al final de esta línea de productos. Existe también la tendencia esnobista de hacer ciencia constituida, estudios que resultan ser “variantes” que no aportan nada nuevo y generan incertidumbre e incrementan este margen. En otras ocasiones, tanto los decisores como los prestadores, basan su actuar en el conocimiento adquirido de la práctica y en dar soluciones viejas a procesos nuevos, sin que con esto estemos negando la importancia de la experiencia.

No obstante, son la epidemiología clínica y la aplicación del método clínico, los pilares en que debe cimentarse la toma de decisiones. Aproximadamente el 90 % de los estudios

financiados por la industria farmacéutica presentan resultados favorables para el producto en cuestión, sin hacer alusión o minimizando los efectos adversos y maximizando los beneficiosos.

La gran aportación de la medicina basada en evidencia (MBE) ha sido racionalizar y profesionalizar la toma de decisiones terapéuticas sobre los tratamientos a administrar en las diferentes enfermedades y en los distintos grupos de pacientes, al tener en cuenta solo aquellas evidencias que hayan sido obtenidas a través de diseños metodológicos válidos, precisos y creíbles.

En el desarrollo de la geriatría basada en la evidencia se toman como puntos de partida los siguientes fundamentos:

- El método clínico: forma de llegar a un diagnóstico individual.
- La epidemiología: estudio de la frecuencia y los determinantes de la enfermedad en la población.
- La epidemiología clínica: estudio de los efectos y determinantes de las decisiones clínicas.
- La medicina basada en la evidencia: realización de predicciones en pacientes individuales basadas en el conocimiento generado.
- La geriatría basada en la evidencia: evaluación exhaustiva como instrumento para la toma de decisiones a nivel personal y poblacional.

¿Cómo se define la medicina basada en la evidencia? Se define como la disciplina que preconiza la necesidad de practicar una medicina basada en pruebas científicas, que demuestre que los tratamientos administrados para tratar las enfermedades son eficaces y seguros, con un elevado cociente beneficio/riesgo.

Para abordar el problema, tanto individual como poblacional, desde el punto de vista de la evidencia, deben considerarse cuatro elementos:

- El paciente o problema de interés.
- La intervención que se va a considerar (o exposición, en las preguntas sobre etiología o factores pronósticos).

- Una intervención con la que comparar (la comparación solo si procede).
- La variable que valora el resultado de interés clínico.

Por otra parte, debe valorarse que, el perfil de los enfermos a tratar hoy, en esta sociedad moderna, cambió debido a que el paciente recibe importante información, mediática o no y cambio la relación médico-paciente, que pasa del modelo paternalista al modelo con mayor autonomía. Nuevas cuestiones se plantean relacionadas con los avances tecnológicos y las presentaciones atípicas de los procesos morbosos, los emergentes y los reemergentes.

Evidencia en la práctica diaria

La medicina basada en evidencia (MBE) se ha impuesto de manera creciente al considerar la pertinencia de los tratamientos en medicina. A partir de esa premisa, se han exigido ensayos clínicos más rigurosos y con mayor número de pacientes incluidos, de manera que se requieren varios miles para probar la eficacia de un medicamento.

Los sistemas de salud necesitan usar los recursos con máximo efecto, ello los hace prestar atención a la MBE para priorizar los tratamientos con mayores evidencias de efectividad. Surge un dilema para seleccionar cuando la evidencia es débil; sin embargo, muchos tratamientos ortodoxos y complementarios se emplean a pesar de la incertidumbre de sus efectividades. Un principio de la práctica basada en evidencia es que la evidencia debe ser solo un aspecto a considerar al tomar decisiones clínicas, junto a la pericia y las perspectivas, tanto de pacientes como de clínicos. Un servicio basado en evidencia debe reflejar la preferencia expresada por el paciente, y deberá seguirse la siguiente metodología:

- Formular preguntas clínicas a partir de los problemas clínicos que surjan.
- Buscar la mejor evidencia científica actualizada sobre la duda planteada.

- Realizar una lectura crítica de los artículos encontrados.
- Aplicar la información obtenida a su práctica diaria.

Las tareas centrales del trabajo clínico basado en la evidencia son:

- Hallazgos clínicos.
- Etiología.
- Diagnóstico diferencial.
- Pruebas diagnósticas.
- Pronóstico.
- Tratamiento.
- Prevención.
- Autosuperación.

En el mundo actual, las limitantes de los recursos hacen que se incremente el interés por obtener eficacia en los servicios sin que repercuta de forma negativa en la eficiencia y la calidad de la prestación de salud.

La prestación de los servicios basados en la evidencia establece programas de toma de decisiones que tengan como meta el uso de las mejores investigaciones disponibles para obtener un tratamiento, proceso o servicio sanitario, eficaz y eficiente.

La creciente necesidad de mantener un gasto económico limitado obliga a elegir los servicios y procesos necesarios, ya que no existe posibilidad de satisfacer todas las necesidades. De ello se deriva la utilización de dos sistemas de selección:

- Racionar. Se refiere a reducir de forma general la distribución y consumo, limitando su acceso o cesando su provisión.

- Priorizar. Significa ordenar un programa, procedimiento o servicio según un rango de importancia, que esencialmente se basa en valores arbitrarios.

La priorización requiere de juicios de valor, mientras el racionamiento se fundamenta en principios técnicos y en la efectividad.

Los investigadores, prestadores o no, tienen tendencia a utilizar recursos a partir de sus ideales de atención; en algunas ocasiones sin considerar el costo beneficio y la limitación del recurso para los que realmente lo necesitan.

Desde el año 1997 se viene aplicando la geriatría basada en la evidencia, con el principio de la aplicación del método clínico en geriatría y la contrastación de los resultados obtenidos. Para ello se han utilizado experiencias nacionales e internacionales. Entre estas experiencias pueden mencionarse las del grupo 1/60, en el caso del deterioro cognitivo; estudios como el de Fried y otros, que abordan los criterios de fragilidad; así como los realizados de forma consecutiva desde el año 1982. Se realizó también, un estudio gerontológico a nivel nacional, rectorado por la OPS y realizado en Cuba por los profesores Évis Debesa Colina, Miguel Ángel Valdés Mier, Roberto Diéguez Dacal, y otro grupo cercano de colaboradores como inicio de los estudios SABE, realizados por décadas de forma sistemática con el objetivo de caracterizar a la población senescente cubana y de otros países de la región.





El trabajo social, pilar indispensable de la atención

Maité Ramos Regüíferos, Alemis Abreu Rodríguez,
Susana Galván Valdés

Para conocer los orígenes del trabajo social es necesario viajar al contexto del nacimiento de las ciencias sociales. El siglo XIX, precedido del impacto de las ideas ilustradas y las revoluciones liberal, industrial y burguesa (la americana y la francesa) son el caldo de cultivo para que se fuera construyendo una nueva manera de entender la sociedad y el germen del Estado moderno. La revolución industrial, de manera específica, es reconocida como una de las mayores transformaciones en el campo económico, tecnológico y social en la historia del ser humano, ella pone en marcha múltiples recursos de tipo productivo y transformaciones sociales realmente significativas.

Los orígenes en la historia del trabajo social pueden encontrarse en los pioneros ingleses, a través de la Charity Organization Society (COS) o Toynbee Hall y en el movimiento de los *settlements* (asentamiento) y la Hull House, que fundaron Jane Addams y Ellen Gats Star en Chicago, quienes llevaban a cabo un proceso de ayuda organizada, proporcionaban apoyo en la búsqueda de empleo, formación en escuelas de adultos, etc.

La estadounidense Mary Richmond (1861-1928) revolucionó la forma de ayudar a los necesitados y realizó el primer intento para sistematizar la práctica profesional. Sus dos publicaciones: *Social Diagnosis* (1917) y *What is Social Case Work?* (1922), constituyen su principal contribución a la teoría y el método de la disciplina.

El campo de la salud es uno de los sectores más antiguos y de mayor intervención profesional en trabajo social. Debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot (1868-1939), quien en 1905 creó, en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston, la primera prestación social, con la colaboración de una trabajadora social, pionera en el desarrollo de su labor en el campo de la sanidad. Estos dos profesionales demostraron que se debe realizar un trabajo en equipo multi- e interdisciplinario, cada uno en su campo, pero con un mismo objetivo, el bienestar integral de las personas más vulnerables.

La Revolución de octubre (1917) pone al hombre en el centro de la sociedad; plantea la mejora de la sanidad y el empleo, instala el seguro social para obreros asalariados, mejora las condiciones de atención a la maternidad, la infancia y al trabajo, prohíbe el trabajo de menores de 18 años y mejora las condiciones de alimentación.

En Cuba, el trabajo social tuvo un desarrollo similar al de los países europeos y al de Norteamérica, aunque en momentos diferentes. Al principio se traducía en la ayuda o limosna que brindaban los ricos a los desposeídos, lo cual no aliviaba las necesidades. Tiene sus orígenes en la etapa colonial, cuando se dicta la orden militar 271 y se crea el Negociado de menores, institución que se encargaría de actuar como tutora de los menores abandonados; se constituye, además, el Departamento de Beneficencia con poderes de inspección, investigación y recomendación.

En 1900, la primera acción de la etapa neocolonial sería crear la Ley orgánica de poder ejecutivo; se mantiene el Departamento de Beneficencia con cuatro negociados: administración e inspección, hospitales y asilos, departamento de atención a menores y personal, bienes y cuentas.

Ya con la República, a estas actividades se les añade un "interés" de los Gobiernos de turno por organizar la beneficencia pública, que no pasó, en la mayoría de los casos, de la fase de concepción de proyectos, pero siempre basándose en la iniciativa de grupos, comunidades religiosas o asociaciones como el Lawn Tennis club, fundado en 1913, y la Sociedad Lyceum, fundada en 1929, dentro de la cual se crea en 1933 la Sección de asistencia social y el Instituto Hispanocubano de Cultura, fundado en 1926. En 1938 surge el Patronato de servicios sociales, que agrupaba a personas interesadas en los servicios sociales: médicos, sicólogos, pedagogos.

En la Constitución de 1940 se incluyeron por primera vez los derechos sociales de forma constitucional. Se reconocía en su texto la responsabilidad del Estado en la institucionalización de la asistencia social y el derecho ciudadano a recibir sus beneficios. Establece, además, que la dirección de la asistencia social corresponde al Ministerio de Salubridad.

En el año 1943 la Facultad de Educación de la Universidad de La Habana ofreció espacios para la instrucción de los estudiantes. En 1947 se funda la Asociación de Asistentes Sociales de Cuba, que constituyó un paso más en el proceso de institucionalización de esta especialidad. La *Revista de Trabajo Social* se publicó entre 1948 y 1950.

En 1953, el alegato *La historia me absolverá* se convierte en el fundamento social y político para la proyección del trabajo social en Cuba, debido a que en este se enfoca el trabajo hacia los sectores de la población con mayores carencias y necesidades y se incluye la educación y la salud como sectores prioritizados.

La escuela de trabajo social, aunque no concedía título universitario, funcionó hasta el año 1956, cuando cierra la Universidad de La Habana. Esta reabre sus puertas en 1959 sin estudio de trabajo social, el que tampoco fue considerado en 1962. Se pensaba que la función asistencialista debía pasar a organizaciones sociales como la Federación de Mujeres Cubanas e imperaba la concepción idealista de que se produciría el fin de la pobreza en el país.

En el periodo 1959-1961 se creó el Ministerio de Bienestar Social, que agrupó a muchos de los trabajadores sociales que se mantenían en activo y contribuyó a la implementación de políticas sociales.

Tras 10 años sin formación académica se reiniciaron los estudios de trabajo social, auspiciados por el Ministerio de Salud Pública, con la apertura de los politécnicos de la salud en 1975 en La Habana, y 12 politécnicos en el resto del país. En el año 1978, debido a la complejidad de los planes y programas de estudio, se amplió a tres años la formación con nivel escolar de 12 grado, combinando las asignaturas teóricas y teórico-prácticas con la práctica de los servicios. Los estudiantes se insertan a tiempo completo en las áreas de salud, dando cumplimiento al programa de práctica preprofesional, con el objetivo de lograr el buen desempeño y crear hábitos y habilidades que servirán para el trabajo profesional futuro.

Paralelamente, el 14 de junio de 1978, surge la Sociedad Cubana de Trabajadores Sociales de la Salud (SOCUTRAS), agrupación de carácter científico que estuvo acompañada en sus inicios por la revista *Temas de Trabajo Social*. Sus objetivos y funciones están encaminados a contribuir, a través de la actividad científica, a elevar el nivel de salud de la población, apoyando el permanente perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud y colaborando en la divulgación

de los principales logros científico-técnicos en el ámbito del trabajo social en el campo de la salud, mediante el intercambio, la discusión frecuente de experiencias individuales y colectivas en eventos y actividades científicas nacionales e internacionales. La SOCUTRAS es miembro activo del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud (CNSCS), la Asociación Cubana de las Naciones Unidas (ACNU), la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (IFSW), la Asociación Latinoamericana de Enseñanza e Investigación en Trabajo Social (ALAEITS) y el Comité Latinoamericano y Caribeño de Organismos Profesionales de Trabajo Social/Servicio Social (COLACATS).

Todos los años el 9 de mayo se celebra el Día Nacional del Trabajador Social de la Salud.

A petición de la FMC y del Ministerio de Salud Pública, en el curso 98-99 se decide la reapertura de los estudios de trabajo social en la Universidad de La Habana, con la licenciatura en Sociología con especialización en trabajo social. A partir del curso 2003-2004 se incluye el perfil de rehabilitación social y ocupacional, en el que se integran los procedimientos de la terapia ocupacional y el trabajo social. La formación de Técnico Superior de Ciclo Corto en Trabajo Social comenzó a gestarse en 2018, a partir del conocimiento de las teorías de las ciencias sociales y médicas, con un enfoque interdisciplinario.

Hoy, el Sistema Nacional de Salud Pública cubano cuenta con 2638 profesionales de la especialidad (91 %) formados por el propio sistema; recurso humano vital para la atención, si se tiene en cuenta que una evaluación médica integral incluye la esfera biológica, psicológica, funcional y social. Son profesionales que en dependencia de las necesidades de cada territorio se sitúan en diferentes servicios de salud, policlínicos, hogares de ancianos y casas de abuelos, centros médicos psicopedagógicos, hogares maternos, centros comunitarios de salud mental, de rehabilitación, hospitales (generales, clínico-quirúrgicos, pediátricos, psiquiátricos y especializados), centros de deshabituación, docencia, entre otros.

Estos profesionales basan su actuación en las normas metodológicas establecidas por la especialidad nacional. Tienen la responsabilidad de diseñar, controlar y ejecutar acciones de carácter social enmarcadas en los problemas de salud con un carácter integral y a partir de un diagnóstico social, trazar estrategias que permitan realizar intervenciones sociales con un enfoque intersectorial, multisectorial e interdisciplinario. Desarrollan, además, aspectos de promoción, prevención, atención y rehabilitación social, utilizando el método básico de intervención y apoyados en las legislaciones vigentes del sistema de salud y otros organismos con los que se trabaja de manera articulada en la entrega de ayudas técnicas y socioeconómicas. De esta manera se busca elevar la calidad de vida de individuos, familias, grupos y comunidades, especialmente de aquellas personas en riesgo social y vulnerables.

Para algunos autores el envejecimiento es definido, de una mejor manera, como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo en la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. La senectud es una condición en la cual la declinación en las capacidades funcionales físicas, mentales o ambas se ha hecho manifiesta, medible y significativa.

La situación del anciano está determinada, tradicionalmente, según la cultura existente, así como el régimen social imperante donde ellos habitan. En algunas tribus Mayas con carácter nómada era costumbre dar muerte a los viejos para luchar con la escasez de los medicamentos. Los Itzas mataban a sus ancianos una vez cumplido los cincuenta años para impedir que se convirtieran en hechiceros. En cambio, las comunidades agrícolas mostraban sumo aprecio por sus ancianos debido a la experiencia que estos habían acumulado en su larga vida.

Es objetivo principal de todas las personas llegar al proceso de envejecimiento en las mejores condiciones posibles, teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en él. El continuo crecimiento de la población anciana que las sociedades están experimentando y experimentarán en los próximos

años provoca una importante preocupación social, ya que entre los principales efectos de esta evolución demográfica están el aumento de la discapacidad, una mayor posibilidad de exclusión social, un mayor gasto en protección social en forma de jubilación y el incremento de los gastos sanitarios.

El envejecimiento poblacional constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo de la población cubana. El incremento de las personas de 60 años y más es de los más rápidos e intensos eventos de este tipo ocurridos en el ámbito internacional; ya plantea retos a la sociedad la existencia de más de 2 millones de personas mayores (21,9 %). El mayor desafío señala al futuro, en el que Cuba será uno de los países más envejecidos de la región.

Tal fenómeno se atribuye sobre todo a la disminución de la tasa bruta de fecundidad (hijos/mujer), dado entre otros factores por la integración social de la mujer y su incorporación al estudio, al trabajo y a las esferas de la dirección del país; a un descenso de la tasa de mortalidad, con la consiguiente prolongación de la esperanza de vida al nacer de 46,4 años en 1950 a 78 años en la actualidad y a la migración ocurrida en los últimos años.

El objetivo principal de la intervención del trabajador social en los servicios gerontológicos es conocer y transformar la realidad de las personas mayores. Para el cumplimiento de este objetivo, junto a otros profesionales, se plantean objetivos específicos:

- Lograr el bienestar de este sector poblacional con un sistema global de acciones que responden al conjunto de aspiraciones sociales.
- Elevar el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social, tanto individual como familiar y comunitario.
- Realizar la valoración de la demanda y diseñar la intervención en función de las necesidades existentes y de los recursos disponibles, que permitan dar respuesta a las carencias o demandas que presenta la persona mayor.

El trabajador social en gerontología tiene funciones de atención directa y funciones de atención indirecta.

Las funciones directas son:

- Función preventiva. Detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores.
- Función promocional. Desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.
- Función asistencial. Aumento de la capacidad de la persona mayor y promoción del uso de recursos para satisfacer sus necesidades sociales.
- Función rehabilitadora. Rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.
- Función informativa. Información sobre los derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.

Las funciones indirectas son:

- Coordinación. Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención.
- Trabajo comunitario. Potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de una problemática social.
- Gestión. Orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social.
- Documentación. Diseño, elaboración y seguimiento de los diferentes instrumentos propios del trabajo social (ficha social, historia social, informe social y registro de intervenciones).
- Planificación y evaluación. Diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales.
- Formación, docencia e investigación.
- Dirección, gestión, planificación y organización de centros para personas mayores.

Todas estas funciones se desarrollan en la intervención sociosanitaria y van dirigidas a movilizar los

recursos formales e informales del entorno de la persona mayor; tienen la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia y prevenir el incremento de la discapacidad.

El trabajo social es transversal en el Sistema Nacional de Salud, ya que está presente en todos los niveles de atención (comunitario, institucional y hospitalario). Como parte del equipo de salud el trabajador social es una figura fundamental en el seguimiento de las personas mayores en los ámbitos asistencial, docente, investigativo y administrativo, además de velar por la calidad de los servicios ofertados, impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado, de los ancianos en general y de las personas mayores dependientes en particular, teniendo en cuenta que la familia debe asumir y enfrentar la ancianidad, pues es el ámbito familiar el soporte vital que dota a esta de herramientas para enfrentar esta etapa.

En el nivel comunitario (atención primaria de salud) la labor del trabajador social parte de la realización del diagnóstico social. Se encarga de la prevención de los problemas de carácter social, así como su efectiva resolución; de incentivar a la persona mayor a participar en las diversas actividades que tengan lugar en su entorno social, que aporten beneficio psíquico, emocional y físico; asesora en relación con la eliminación o reducción de barreras arquitectónicas; gestiona y tramita ayudas técnicas; promociona e incentiva, de conjunto con el Grupo Básico de Trabajo, la participación en los círculos de abuelos, donde las personas mayores se incorporan a la actividad física, hacen deporte y socializan, logrando así disminuir los procesos discapacitantes, cambios de actitudes, hábitos de vida y un envejecimiento satisfactorio.

Las Casas de Abuelos son otra alternativa de atención y cuidados. Se originaron para satisfacer las necesidades de los adultos mayores que quedaban solos durante el día en sus domicilios, con factores de riesgo tales como mal nutrición, caídas, sentimiento de soledad, accidentes, depresiones y suicidios, con el consiguiente deterioro de individuos todavía funcionalmente activos. También son una solución para los

familiares que no desean ingresarlos en hogares de ancianos, pensando en el desarraigo familiar y comunitario del adulto mayor. En estas casas se asegura la tranquilidad en su atención durante el día, algo que no puede ofrecer la familia debido a sus ocupaciones.

En estas unidades el trabajador social es el máximo responsable de su funcionamiento, junto al administrador garantiza la atención integral diurna, de lunes a viernes, que incluye desayuno, meriendas, comida y asistencia médica hasta la tarde, hora en que regresan a sus casas, y los sábados hasta la 1:00 pm. A ellas asisten los ancianos con un cierto grado de discapacidad, que no puedan mantenerse solos en su hogar y se les dificulta la realización de las actividades instrumentadas (contar dinero, encender el fogón, apagar las luces), pero que sí mantienen las capacidades funcionales básicas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Estos ancianos participan en múltiples actividades físicas, recreativas y sociales, en las que intervienen, además del Ministerio de Salud Pública, otros organismos como el Instituto de Deportes, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación, las organizaciones comunitarias y las organizaciones políticas y de masas.

A nivel institucional están los hogares de ancianos y los centros médicos psicopedagógicos, a los que se le denominaban asilos, y donde eran reunidos en espera de su muerte. En la actualidad son instituciones sociales del Sistema Nacional de Salud para la convivencia a largo plazo, que se presenta en muchos casos como la única o mejor forma de ofrecer atención a una población senescente, condicionada por una problemática social o que, por diversas causas médicas, no logran mantener una vida autónoma y cuyas necesidades de intervención no pueden ser garantizadas mediante otras formas de atención no institucional. En ellas se garantiza la atención médica, los cuidados de enfermería y, desde la comunidad, se proyectan las actividades de rehabilitación, la atención hospitalaria, las especialidades médicas y técnicas que los residentes necesiten para garantizar una vida con calidad, y tienen cubiertas las necesidades de naturaleza psicológica, social, cultural, funcional y espiritual.

En estos centros el trabajador social tiene objetivos generales bien definidos, como:

- Brindar el apoyo afectivo y material que la familia no puede ofrecer, por incapacidad, negligencia, inexistencia u otros.
- Mantener al anciano como un miembro activo de la familia y que no pierda la relación con ella.
- Velar porque se cumplan todos los procesos de atención, alimentación, aseo y otros.
- Lograr en cada residente un adecuado proceso de adaptación, individualizado, según programa de evaluación integral.
- Promover la formación e inserción laboral según sus potencialidades.
- Propiciar la capacitación sistemática de profesionales técnicos y personal relacionado con la atención a los ancianos y sus familias.

Esta atención nunca representa el fin de los vínculos familiares, sino una variante de relación igualmente armónica y saludable, donde se asegura una vejez digna y con un enfoque biopsicosocial que sirve de soporte a los programas para regular el desempeño en este nivel de atención

En el nivel hospitalario, quienes desempeñan el trabajo social realizan el diagnóstico de la unidad asistencial, la valoración de la situación socioeconómica y familiar del paciente que se encuentra hospitalizado, ya sea por emergencia o por consulta externa, lo

que le permitirá obtener los datos relevantes que debe aportar al equipo multidisciplinario. Deben ser consejeros o acompañantes, ofrecer bienestar, confianza y tranquilidad a los enfermos, quienes padecen irregularidades en su salud, y construir nuevos escenarios que permitan lograr una inclusión de esta población más vulnerable.

La intervención con los pacientes debe ser meticulosa, la que a través de procesos y de protocolos permita evidenciar una acción profesional, y tanto ellos como sus familiares sientan el acompañamiento por parte de trabajador social, quien no se encarga simplemente de trabajar con el eje del problema, que es la persona, sino con todos los que forman parte de su convivir diario. En su actuación debe primar la ética profesional. Una vez egresados, los casos se derivan al departamento de trabajo social del policlínico, institución social u otra entidad para su seguimiento.

El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados, dirigido a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que las personas mayores desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los profesionales del trabajo social sanitario se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias, grupos y comunidades, con y para las que trabajan.



Bibliografía

- Agulló SM. Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez. Instituto de la Mujer Madrid (ed), 2002; [citado 2022]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1470.pdf>
- Ander Egg, E. Introducción al Trabajo Social. México: Editorial "El Ateneo", 1993.
- Ander-Egg E. Historia del Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina: Lumen, 1994.
- Asamblea Mundial de Envejecimiento. Viena, 1982. Plan de Acción sobre el Envejecimiento. [Internet]. 22 abril 2022. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>
- Baster Moro JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. Revista Cubana de Salud Pública, 2012; Vol. 38(1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/241/277>
- Berdes C, Dawaon GD, Zych, AA. editors. Geragógica: investigación europea en educación gerontológica y gerontología educativa. Nueva York: The Haworth Press. 1992; [consultado 2022 Abr 20]. Disponible en: <https://hmong.es/wiki/Geragogy>
- Boitte P. El envejecimiento: Oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades Acta Bioética. 2001, año VII; No. 1(9-25). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100002
- Calvo-Soto AP, Gómez-Ramírez E. Condiciones de salud y factores relacionados con discapacidad en adultos mayores -Una reflexión para la atención-. Univ. Salud. 2018; 20(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.131>
- Carrasco García MR. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
- Casas Rodríguez M. Fundación y Construcción del Asilo San José (1916 - 1928). Gac méd espirit [Internet]. 2006;8(2). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1487>
- Castro Ruz F. La Historia me Absolverá. 16 octubre 1953. [Internet]. [22 abril 2022]. Disponible en: <https://www.radiorebelde.cu/26-julio-rebelde/lahistoriameabsolvera.html>
- Cervantes Saavedra M. El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha. Biblioteca virtual. [22 abril 2022]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com>
- Chan Fung Fu- Chun M. XX Seminario Internacional sobre la Atención al Adulto Mayor y el VIII Congreso de Gerontología y Geriatria.2012. Cuba. [22 abril 2022] [Internet]
- Club de los 120 años [Internet]. La Habana: Club; 2010 [actualizado 20 Mar 2007; citado 30 Sept 2010]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev1.htm>
- Colectivo de autores. Envejecimiento poblacional en Cuba. Evolución de la estructura por edad de la población cubana, 1950-2050. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2016.
- Colectivo de autores. Lecturas sobre Historia del Trabajo social, Editorial Félix Valera, La Habana, 2003, 125 p21.
- Colom, MD. El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Siglo XXI. Consejo General de Trabajadores Sociales. 2008.

- Comisión Nacional de Defectología. Plan perspectiva de desarrollo de la actividad de asistencia social hasta 1980. Folleto monográfico.
- Constitución de la República de Cuba. 24 febrero 2019. [22 abril 2022]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.gob.cu>
- Díaz Frangel LE. Esperanza de Vida de los Tainos. Periódico Nuevo diario. [Internet]. [22 abril 2022]. Disponible en: <https://elnuevodiario.com.do/esperanza-vida-los-tainos/>
- Fernández Sifontes, Flor María. Notas de Clases. Postgrado Trabajo Social II. Universidad de Camagüey, 2000.
- Fried LP, Storer DJ, King DE, Loder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39:117-123.
- Fuentes Aguilar, R. Vida y salud en la tercera edad. Problemas de la vejez y el envejecimiento. Editorial EDAMEX. Editores asociados mexicanos. SA. 152 p.
- Gabriel Sánchez R, Pladevall Vila M. Evaluación de la evidencia en medicina: revisiones sistemáticas y metanálisis. Medicine. 2003, 118, 08:6337-42.
- Garrow JS. How much of orthodox medicine is evidence based? BMJ. 2007; 335:951. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2071976/>
- Humet C. Reflexiones sobre la Calidad Asistencial en el cambio de siglo Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:5-7.
- Hunt LB. The elderly in hospital: Recent Trends in the use of medical resources. Br Med J, 1973; S4:83-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1587908/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. Blog institucional. 2020 [Consultado 2022 May 3]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>
- Johanna K, Guaitero N, Lizeth A. Diseño de un programa de capacitación para cuidadores de adulto mayor. 2016; [consultado 2022 May 2]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/80/1/Dise%C3%B1o%20de%20un%20programa%20de%20capacitaci%C3%B3n%20para%20cuidadores%20de%20adulto%20mayor%20en%20instituciones%20p%C3%BAblicas%20y%20privadas%20en%20Bucaramanga%20y%20su%20C3%A1rea%20metropolitana.%20Bucaramanga%2C%20Colombia.pdf>
- Juan J, Solano Jaurrieta E, López Álvarez O, Melón Lozano y Virgós Soriano MJ. Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Servicio de Geriatría. Hospital Monte Naranco. Oviedo Rev. Esp. Salud Publica. v.73n.3. Madrid, Mayo/Jun. 1999. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v73n3/decisiones.pdf>
- Llanes Betancourt C. Geriatría. Temas para enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 2017. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/geriatria-temas-para-enfermeria/>
- Lloor Lino L., Anchundia VI, Rodríguez Alava LA. Las funciones del trabajador social en el campo de salud Revista CCCSS. Universidad Técnica de Manabí, Ecuador. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil, 1965; 14:61-65.
- Martín García M. et. al. Trabajo social en gerontología. Síntesis: Madrid. 2003. Pp. 409.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba [CUB]. Plan de Acción Cubano sobre Envejecimiento. La Habana. MINSAP; 2002.

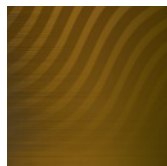
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor: La Habana: MINSAP; 1997.
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Anuario estadístico del MINSAP, 1974.
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Medidas Inmediatas para la Atención a Casas de Abuelos y Hogares de Ancianos. Acuerdo 47. Ministerio de Salud Pública. 2013 [16 abril 2022].
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Política para Enfrentar los Elevados Niveles de Envejecimiento de la Población Cubana. Acuerdo 32. 2014. [16 abril 2022].
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [CUB]. Programa de Atención al Anciano Solo en su Domicilio. La Habana; 1989.
- Montorio I, et al. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 1998; 14(2): p. 229-248. [Citado 2022]. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Como tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- Muñoz Gutiérrez T, de Urrutia Barroso L. El trabajo social en Cuba, una disciplina científica en construcción. Experiencias de profesionalización luego de 1959. Departamento de Sociología. Universidad de la Habana, s/f.
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Censo de Población y Viviendas (2012), Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/13001>
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). El envejecimiento de la población cubana. La Habana; 2009 [citado 20 Sept 2010]. Disponible en: <http://www.onei.cu/envejecimiento2009.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015), pág. 9. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Década del Envejecimiento Saludable. 1 octubre 2021. [22 abril 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Peinado AI, Garcés de Los Fayos EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 1998; 14(1):p.83-93. [Citado 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714108>
- Pérez Villar J, Muñoz de Dios MD, Serrano Lorenzo Y. (2020). El rol del profesional de trabajo social en el envejecimiento. *Novedades en Población*, Número Especial, mayo de 2020, 142-155. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
- Richmond, M. Diagnóstico Social. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales / Siglo XXI. Obra original publicada en 1917. 2005.
- Rocabruno, JC. Geriatria y Gerontología clínica. Editorial Ciencias Médicas. 1986. 216 p.
- Rodríguez M. La Ciencia de la Vejez. Curso Básico en Demencias. *Psicología online* [Internet]. Valencia, España: Clínica Psicológica; c 1997-2013 [citado 2 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/monografias/4/gerontologia.shtm>
- Romero Cabrera JC. Envejecimiento humano y cambios morfo fisiológicos que lo acompañan. En: *Temas para la asistencia del adulto mayor*. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 2005. pp. 1-9.

- Ruipérez Cantera I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1998; 33:63-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-calidad-asistencia-personas-mayores-13005985>
- Sakett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo enseñar y ejercer la MBE. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- Savigne Echemendía J, Pérez Ramos J, González Pérez Y. "El adulto mayor en Cuba y la calidad de vida", Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica, 1:6, enero 2021. Disponible en: <https://www.eumed.net/uploads/articulos/2d51238e574f7d70c1bfab9629fa8b8c.pdf>
- Soto Álvarez, J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc). 2007; 128:254-5.
- Stephen J. Bartels MD, MS* y Robert E. Drake, MD, PhD. Psiquiatría geriátrica basada en la evidencia: visión de conjunto. Psychiatr Clin N Am, 28 (2005) 763-784.
- Suárez RC, Sebastiao LF. La capacitación al cuidador formal del adulto mayor. Revista Conrado. 2021; 17(S3): p.403-410 [consultado 2022 May 2]. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/download/2180/2122/>
- Sutton JP, De Jong G, Wilkerson D. Function based payment model for inpatient medical rehabilitation: an evaluation. Arch Phys Med Rehabil. 1996; 44:835-838.
- Tovey DI. Evidence is important but should not be the only consideration: patients' and clinicians' views matter too. BMJ 2007; 335:952.
- Trilla, Antoni. El caos y la predicción médica. Med Clin (Barc). 1998; 110:619-20.
- Ubel PA, Dekay ML, Baron J, Asch DA. Cost Effectiveness analysis in a setting of budget constraint. Is it equitable? N Engl J Med, 1996; 334:1174-1177.
- VI Congreso Partido Comunista Cuba. Resolución sobre los lineamientos de la Política económica y social del partido y la revolución. 2011. [citado 18 abril 2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu>
-



CAPÍTULO 3

Discapacidad y dependencia del adulto mayor



Actitudes hacia las personas con discapacidad

Osmara Delgado Sánchez, Humberto Arencibia Pérez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) crea un marco conceptual propicio para que la comunidad internacional y en particular los organismos de la salud en las distintas instancias concienticen la necesidad de enfrentar la discapacidad como un problema sanitario. La OMS evalúa la discapacidad en un contexto multifactorial, la considera como un asunto de salud pública, debido a que las personas con discapacidad afrontan obstáculos para acceder a los servicios de salud y a la rehabilitación, y como una cuestión de derechos humanos, ya que estas personas suelen ser objeto de estigmatización, maltrato y discriminación. La Organización de Naciones Unidas (ONU) se solidariza con este enfoque y lo refuerza en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) aprobada en el 2006.

Durante décadas la sociedad cubana ha mostrado su preocupación por las condiciones en que viven los adultos mayores y las personas con cualquier tipo de discapacidad, apoya con disímiles iniciativas para incluirles y mejorar su desempeño. La Constitución de la República de Cuba y el proyecto de Código de las Familias favorecen a las personas mayores y en situación de discapacidad. Estos documentos no solo se refieren al apoyo que deben recibir de sus familiares, sino también, las empodera como sujetos de derecho con capacidad para decidir en múltiples situaciones cotidianas, de acuerdo con las posibilidades reales para hacerlo.

Cuba es signataria de los instrumentos jurídicos internacionales aprobados para la atención a las personas con discapacidad y concretiza su posición con la actualización de sus propios instrumentos legales, utilizando un lenguaje inclusivo, coherente, de respeto a los derechos humanos, centrado en las personas en situación de discapacidad y en los adultos mayores. Tiene en cuenta el enfoque de género y el empoderamiento de estas personas.

Evolución histórica

La visión de la humanidad sobre la discapacidad ha tenido su evolución a lo largo de la historia. No han sido favorables las atenciones brindadas a estas personas, quienes

han sido marginadas y reprimidas solo por tener una condición de salud. El propio medio y las relaciones humanas impiden su integración social; por ejemplo, la historia recoge como el régimen nazi llevó a cabo un exterminio masivo de las personas con discapacidad, con el único pretexto de mejorar la raza.

La discapacidad es una condición humana que ha sido percibida de manera diferente en los periodos históricos y las civilizaciones. En la antigüedad, las personas con discapacidad estaban destinadas a ser eliminadas, confinadas a la segregación o sacralización. A inicio de la cristiandad y de la Edad Media fueron tratadas con piedad y compasión. A partir del siglo XII y hasta finales del siglo XVII se les tenía desconfianza, rechazo, se les segregaba o encerraba. En el siglo XVIII comienza el interés creciente hacia el enfermo y su deficiencia, aparece la rehabilitación, se crean los primeros lenguajes de señas para sordos y las primeras escrituras para los ciegos. A mediados del siglo XX la sociedad comienza a fomentar una actitud a favor de las personas con discapacidad y, después de la Segunda Guerra Mundial, se afirma el denominado paradigma médico que incluye las primeras acciones de rehabilitación.

Enfoque médico. Considera la discapacidad como una enfermedad que causa una deficiencia y que, por lo tanto, requiere la asistencia médica sostenida bajo la forma de tratamiento individual. Este enfoque considera a la discapacidad como un problema individual y a la persona como minusválida; se basa en la curación dirigida, el ajuste y el cambio del comportamiento del individuo, es un enfoque puramente asistencialista.

Enfoque político. Considera que la respuesta principal es modificar o reformar la salud, sin tener en cuenta el enfoque de integración, o sea, considera que el problema es de las instituciones de salud pública. Por esta razón, en los países donde no existe la voluntad política no es un tema de interés gubernamental y, por lo tanto, se le da poca atención. El tema solo se utiliza en las campañas electorales para la ganancia

de votos, pero no se define una política a seguir para priorizar a este grupo poblacional.

Enfoque social. Considera a la discapacidad como un problema social, donde lo fundamental es la integración plena del individuo en la sociedad y tiene en cuenta la inclusión como principal derecho de las personas con discapacidad. Este enfoque plantea que la discapacidad es un grupo complejo de condiciones, creadas en su mayoría por el ambiente social. Propugna que todas las acciones estén encaminadas a la acción social y que es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La mayor desigualdad se da en la falta de información sobre el tema que poseen las personas sin discapacidad, que no saben cómo desenvolverse con aquellas en situación de discapacidad. De esta forma se crea un distanciamiento innecesario.

La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y personas sin ellas. En los últimos años, el paradigma social trata de buscar importantes cambios en la concepción de la discapacidad, promueve y destaca con mayor intencionalidad la identificación y la eliminación de barreras de todo tipo, la necesidad de la igualdad de oportunidades y la plena participación de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida.

Conceptualización de la discapacidad y la dependencia

Conceptualizar y medir la discapacidad ha resultado un tema polémico. Su concepto ha evolucionado junto con la humanidad, desde una visión negativa hasta una con fundamentos científicos y el reconocimiento de los derechos humanos.

Cuando se habla de discapacidad casi todos piensan en una persona en silla de ruedas, o que le falta una pierna o un brazo o es ciega, y por lo tanto tiene dificultades para realizar su desempeño diario. Es aquí donde comienzan a imaginar múltiples conceptos para clasificarla. Las catalogan como personas con necesidades especiales, minusválidas, cojas, deficientes, y en otras ocasiones las describen con términos de lástima como cieguito, sordito, pobrecito.

Discapacidad. La discapacidad forma parte de la condición humana, se considera un hecho universal, debido a que todas las personas, en algún momento de su vida, están en riesgo de sufrir algún tipo de discapacidad, ya sea transitoria o permanente, y las que lleguen a la edad adulta mayor experimentarán dificultades crecientes en el funcionamiento. La discapacidad es compleja y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF), aprobada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001, considera la discapacidad como un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones de participación en la sociedad. El término manifiesta los aspectos negativos de interacción entre el individuo que tiene una condición de salud y los factores personales y ambientales. Esta clasificación proporciona el marco conceptual para el estudio de la interacción entre el estado de salud de la persona y el ambiente físico, social y actitudinal. Este es el concepto adoptado en Cuba para el marco legal y para la implementación. El Ministerio de Salud Pública, a través de la Resolución 56/2018, estableció las acciones para la implementación de la CIF y de esta manera recopilar y presentar las estadísticas con un lenguaje unificado y estandarizado internacionalmente; para ello es imprescindible el seguimiento sistemático a través de equipos multidisciplinarios.

En la figura 3.1 se muestran los diferentes modelos teóricos por los que ha transitado el concepto de discapacidad.



Fig. 3.1. Evolución de los modelos teóricos de discapacidad.

Dependencia. La dependencia se describe como el estado de las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de apoyos importantes de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El término dependencia, en el contexto de la política social, es la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. Varios estudios afirman que la dependencia es más desfavorable cuando se relaciona con el envejecimiento y la discapacidad y se triplica en las personas mayores de 80 años. Por tanto, las personas mayores con dificultades en la movilidad o con pérdida intelectual y sensorial tienen mayor riesgo de convertirse en dependientes.

La dependencia incluye las actividades para el autocuidado, se refiere a las personas que, por causa de una discapacidad, tienen la necesidad de apoyo o asistencia de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como vestirse, acostarse o levantarse, usar el baño para necesidades

fisiológicas o bañarse, comer, entre otras. Se considera que las limitaciones funcionales son causa y determinantes de discapacidad y dependencia.

En el contexto de las condiciones de salud de la persona adulta mayor, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia y ésta, a su vez, se convierte en una situación específica de discapacidad.

Por otro lado, es importante no confundir dependencia con falta de autonomía. La dependencia aparece como un hecho concreto, equiparable con la necesidad de ayuda, y la autonomía como una cualidad abstracta, equiparable con la autodetermi-

nación. En el plano filosófico Kant relacionaba la autonomía con la voluntad y la define como el derecho del individuo para determinar libremente las reglas a las que se somete.

La necesidad de apoyo por parte de otra persona, aunque sea muy intensa esa ayuda, no es motivo suficiente para considerar a la persona legalmente incapaz; deben existir problemas intelectuales o psicosociales que anulen la capacidad para la toma de decisión. Dicho con otras palabras, la dependencia por sí sola no es motivo de incapacidad, debe existir una pérdida de autonomía intelectual.





Epidemiología y evaluación de la discapacidad

Osmara Delgado Sánchez, Humberto Arencibia Pérez,
Juana Susana Hierrezuelo Cortina

El 15 % de la población mundial, más de mil millones de personas, viven con algún tipo de discapacidad y de ellos, el 2 %, casi 200 millones, experimentan considerables dificultades de funcionamiento o dependencia. Se estima que casi el 12 % de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas. En Cuba, según el registro dispensarizado del Ministerio de Salud Pública, en el 2020, por cada mil habitantes de la población atendida por el médico de la familia, 4,2 tenían al menos una discapacidad, y de ellos, el 32,4 % eran personas mayores de 60 años de edad.

Las altas tasas de discapacidad entre la población adulta mayor reflejan la acumulación de riesgos para la salud durante la vida, debido al padecimiento de lesiones y enfermedades crónicas. El proceso de envejecimiento para algunos grupos de personas con discapacidad se inicia más temprano que lo usual, y las personas con discapacidad intelectual o sensorial muestran, generalmente, signos prematuros de envejecimiento. Los cambios asociados con el envejecimiento pueden producir mayor efecto en las personas con discapacidad. En los países de bajos y medianos ingresos se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5 % de los años vividos con discapacidad.

Epidemiología

La prolongación de la vida humana hasta edades avanzadas ha traído consigo un incremento de la discapacidad, así se evidencia en el estudio realizado en el 2015 en la población adulta mayor del área de salud Salvador Allende del municipio Boyeros en La Habana. El estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de la discapacidad física en los adultos mayores por condiciones de vida favorables y desfavorables. Se aplicó el instrumento Whodas II de la CIF y en la investigación la prevalencia de discapacidad fue del 71,26 % para condiciones de vida favorable y del 73,50 % para condiciones desfavorables. Concluyó que, en ambas poblaciones, una parte importante de los adultos mayores presentó discapacidad y diferencias en el nivel de escolaridad; la capacidad para moverse en su entorno fue la única variable que mostró cambios.

Entre los años 2000-2004 se realizó un estudio de prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de las provincias de La Habana, Las Tunas, Granma, Holguín y Camagüey. La discapacidad física evidenciada osciló entre el 13,9 % en Holguín y el 36,6 % en Granma; se incrementó con la edad, desde el 4,5 % para las personas de 60 a 69 años que residían en Holguín, hasta el 83 % en los de 80 y más años de edad en Las Tunas. Predominó en mujeres de todas las provincias, con tasas que alcanzaron el 40 %, excepto para Holguín. Los ancianos de esta provincia estuvieron menos afectados que los de las restantes provincias en todas las actividades, excepto en el manejo de la casa, en el que la menor afectación fue en Las Tunas con el 10,9 %. El uso del teléfono fue una de las actividades más utilizadas, independientemente de la provincia, mientras que la responsabilidad con los medicamentos mostró valores parecidos. Concluyeron, que la discapacidad física es frecuente en la población investigada, se incrementa con la edad, predomina en el sexo femenino y se genera por pérdida de posibilidades para realizar actividades que demandan mayor desplazamiento.

En otro estudio, realizado a 40 personas mayores del área de salud José Trujillo del municipio Mariel, provincia de Artemisa, en el que se aplicó el instrumento Whodas II para medir la discapacidad, se identificó que el 75 % presentaban una discapacidad con niveles entre ligero y moderado (27 y 25 % respectivamente), con mayor frecuencia en mujeres y en edades avanzadas. Las variables más afectadas fueron la comprensión y comunicación y la participación en sociedad. Las enfermedades principales fueron las cardiovasculares y las mentales (40 % y 23,3 % respectivamente).

Según investigaciones realizadas en adultos mayores de Cuba se evidencia la importancia de la magnitud de la discapacidad, donde los parámetros más afectados fueron la comprensión y comunicación, las actividades de la vida diaria y la participación en sociedad.

Incrementan la discapacidad y la dependencia en las personas mayores los siguientes factores:

- Enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.
- Factores relacionados con la actividad física reducida.
- Ser fumador activo.
- Incremento en el consumo de alcohol.
- Bajo o alto índice de masa corporal.
- Prescripciones inadecuadas de fármacos.
- Pérdida de la agudeza visual.
- Pérdida de la audición.
- Poca autopercepción del estado de salud.
- Deterioro funcional, cognitivo y afectivo que altera la función mental.

Si a estos factores se le asocian, además, la poca actividad social y el contacto interpersonal, la institucionalización, la sobreprotección, los entornos inaccesibles y los bajos ingresos económicos, se estaría hablando de la no inclusión de las personas mayores en el entorno social.

Evaluación

Son diversas las metodologías que se han establecido para medir la discapacidad en adultos mayores, entre ellas el índice de actividades de la vida diaria y el índice de Barthel, ambas se utilizan para el estudio de la discapacidad física. El examen mínimo del estado mental es uno de los instrumentos que se utiliza para medir la discapacidad mental, entre otros. Estos instrumentos identifican la discapacidad desde una perspectiva específica del ser humano, como el estado cognitivo y la funcionabilidad, pero no han tenido en cuenta la interacción social del individuo.

Sin embargo, la CIF sí proporciona un marco conceptual para el estudio de la interacción entre el estado de salud de la persona y el ambiente físico, social y actitudinal. En esta clasificación se incluyeron

los elementos sociales y ambientales y cuenta con instrumentos que permiten la medición de la funcionalidad. El instrumento Whodas II (*World Health Organization Disability Assessment Schedule II*) fue adaptado, transculturalmente, por un grupo de expertos para su aplicación en Cuba; mide comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su entorno, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades de la vida diaria y participación social. Sin embargo, en la clínica diaria, la valoración de

la persona dependiente se basa en el conocimiento de su capacidad para desarrollar determinadas actividades diarias, las que le permitan vivir de forma independiente, integrada al entorno habitual y cumpliendo su rol social.

La CIF clasifica la salud y los estados relacionados con ella, no clasifica las personas; describe la situación de cada una dentro de un conjunto de dominios y siempre lo hace dentro del contexto de los factores ambientales y personales.





Estrategias de intervención y efectos de la discapacidad

Osmara Delgado Sánchez, Leticia del Carmen Arévalo Nueva,
Leovy Edrey Semino García

Las estrategias de intervención están encaminadas a eliminar las barreras que limitan la participación, a facilitar las conductas y los cuidados personales que mejoran la capacidad, a prevenir enfermedades crónicas y asegurar la detección temprana y los controles efectivos. La clave fundamental de la estrategia es disminuir el deterioro funcional, evitar que vuelva a ocurrir, lograr recuperar la capacidad funcional, proporcionarles una vida con dignidad y que se respeten los derechos de las personas con discapacidad. Acompañar el fomento de hábitos claves relacionados con la salud, como la actividad física y la nutrición adecuada, tienen gran influencia en la capacidad intrínseca y en su efecto reductor del riesgo de enfermedades no transmisibles.

El diseño de la estrategia cubana de intervención se basa en estos principios, los que conllevan las siguientes acciones encaminadas a promover el envejecimiento saludable:

- Fortalecer los servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores para mejorar la capacidad funcional individual.
- Garantizar equipos multidisciplinarios capacitados y sostenibles, con enfoque intersectorial, que garanticen servicios básicos necesarios para tratar las enfermedades crónicas en las personas mayores que han sufrido una pérdida importante de capacidad o están en alto riesgo de sufrirla.
- Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión de las trayectorias del envejecimiento saludable y las necesidades de las personas mayores.
- Combatir la discriminación por motivos de edad, propiciar la autonomía y posibilitarles que vivan con dignidad.
- Crear y mejorar los sistemas de cuidados a largo plazo y los entornos adaptados a las personas mayores.

Los pilares esenciales en el diseño de una estrategia de intervención son la inversión en programas y servicios específicos para las personas mayores y en situación de discapacidad, que incluya la rehabilitación y sus componentes y que estos estén enfocados en los síndromes geriátricos y los problemas de salud complejos. La rehabilitación deberá

basarse en los objetivos básicos y los principios para las personas mayores, especialmente en mantener o recuperar el mayor nivel posible de capacidad funcional para realizar de manera independiente las actividades de la vida diaria y las instrumentadas, así como garantizar su participación social. Deberá enfatizarse en la rehabilitación de base comunitaria para fortalecer el papel de la persona como el agente principal en el cuidado de su salud.

Evaluar o medir la discapacidad, permite conocer en qué grupos están las personas mayores, derivar y orientar hacia servicios sociosanitarios, evaluar la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial; permite valorar la progresión de la enfermedad o la gradación de determinadas deficiencias, acceso a servicios sociales, estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida.

Las pruebas de ejecución y desempeño buscan detectar la presencia objetiva de alteraciones en alguno de los componentes de la capacidad física como son el desplazamiento, la movilidad, el equilibrio, la fuerza muscular y la marcha; pueden detectar mínimos cambios y estados de fragilidad en la clínica habitual de forma rápida, sencilla, económica y objetiva y, por supuesto, realizar una intervención oportuna para evitar la discapacidad y dependencia. Entre las pruebas más utilizadas están:

- SPPB (*short physical performance battery*): equilibrio en semitándem, equilibrio con pies juntos, equilibrio en tándem, levantarse de una silla repetidas veces.
- Prueba de velocidad de la marcha.
- Prueba cronometrada “levántese y ande”.

Cuba cuenta con una red de 614 servicios de rehabilitación en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, de ellas 421 en la atención primaria de salud, 103 en hospitales, 49 en hogares de ancianos, 30 en centros médicos psicopedagógicos y 11 en instituciones del nivel terciario de atención. Dentro de este último se cuenta con un servicio dedicado a la rehabilitación y a las investigaciones del grupo de personas mayores, radica en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Existe,

además, un servicio especializado de referencia nacional en el hospital Julio Díaz. Todos estos servicios tienen como objetivo fomentar la salud, el autocuidado, los hábitos y estilos de vida saludables; prevenir el deterioro funcional, restaurar las funciones perdidas o alteradas, mantener las capacidades residuales durante el mayor tiempo posible, fomentar aptitudes compensatorias y desarrollar programas de rehabilitación integral utilizando terapias individuales y grupales que incrementen la funcionabilidad de los adultos mayores.

Efectos de la discapacidad en las personas mayores

El envejecimiento impone retos para la sociedad y los sistemas de salud, por lo que es preciso redefinir el papel y las características de la atención de la salud en la vejez. Entre otras acciones se debe:

- En primer lugar, cambiar la concepción fatalista de la vejez que lleva a la discriminación en la atención.
- Adoptar un nuevo paradigma centrado en la necesidad de mantener al máximo la funcionalidad y postergar la discapacidad.
- Readecuar los sistemas de salud.
- Formar recursos humanos para poder contar con personal calificado que ofrezca una atención integral a las personas mayores.
- Realizar cambios en el enfoque de la atención, dando importancia a la prevención y promoción de la salud, no solo en la vejez sino en todas las etapas de la vida.
- Diseñar, normar y controlar las instituciones encargadas de los cuidados a largo plazo, sin dejar de impulsar medidas que impidan la institucionalización excesiva de estos cuidados.

Sin embargo, la discapacidad repercute de forma negativa en el estado de salud individual, familiar y comunitario. En lo individual puede significar la pérdida de la autoestima, depresión, desinterés por el autocuidado, aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad, aumento de los cuidados a largo plazo. En el núcleo familiar implica la reasignación de roles, principalmente para el cuidado de la persona mayor,

adecuaciones de la vivienda para mejorar la movilidad y los maltratos. A nivel de la comunidad es necesario el aumento de los servicios de salud y sociales, aumenta la necesidad de cuidados y la necesidad de modificación del entorno físico y los servicios.

Los autores de este capítulo concluyen, que los sistemas sanitarios deben abordar el proceso de transformación de los servicios con una visión inclusiva y personalizada; el personal encargado de la atención deberá estar debidamente capacitado y adoptar una cultura biomédica y social donde se tengan en cuenta los criterios de los mayores y en situación de discapacidad.

El envejecimiento de la población cubana es un logro, y las personas mayores son y deben seguir siendo un grupo importante en el desarrollo de la sociedad, pero requieren medidas específicas que garanticen una vida con dignidad y seguridad.

Historias de vida

Las historias de vida que se contarán a continuación (una negativa y otra positiva) reflejan la importancia que para la atención de los adultos mayores tiene la preparación de los recursos humanos, de la familia y de la sociedad en su conjunto para perfeccionar la atención individualizada de las personas discapacitadas y adultos mayores.

A Mirta, de 80 años de edad, vecina activa y muy querida en su comunidad, se le diagnosticó hace cinco años enfermedad de Alzheimer; su esposo Ángel de 83 años asume sus cuidados. Están casados hace más de 50 años, tienen una familia numerosa, cinco hijos y 11 nietos, pero solo la cuida Ángel, pues el resto de la familia tiene que trabajar para asumir los gastos de Mirta y Ángel. Ángel está muy agotado, tiene una discapacidad visual y otras enfermedades que no puede controlar porque los cuidados le ocupan todo el tiempo, ha perdido peso y está descompensado de la presión. No se queja para que sus hijos y nietos no se preocupen, pero al entrevistarle dijo: —lo más difícil es entender la enfermedad, la asesoría demoró,

las ayudas técnicas no están disponibles, no puedo llevarla a la rehabilitación porque no tengo como movilizarla, no estamos preparados para asumir esta situación. Es imposible luchar contra la enfermedad cuando no se tienen fuerzas para hacerlo, ella no tiene la culpa, pero debemos tener más orientación, más apoyo, y somos responsables de no educar a los hijos en estos temas—. Dice Ángel que Mirta cuidó de él y de la familia toda su vida y ahora le toca a él cuidar de ella. Pero no está preparado, ni cuenta con los soportes necesarios para lograrlo.

En esta otra historia, un destacado profesor de nuestro país, uno de los fundadores del proyecto Universidad para todos de la televisión cubana, tuvo la necesidad de ser atendido al diagnosticársele en el 2017 en el CITED (Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento y Salud) en La Habana, Cuba, enfermedad de Parkinson.

Esta enfermedad degenerativa provoca gran discapacidad motora y física y trae trastornos del movimiento con temblores y enlentecimiento, comprometiéndole la postura y la marcha. Fue atendido por un equipo integral y multidisciplinario encabezado por geriatras, se ajustó su medicación y se establecieron parámetros para una rehabilitación integral y funcional. En todo momento contó con el apoyo incondicional de su familia. Estas acciones de conjunto hicieron que se cumplieran los objetivos de la rehabilitación y se le devolviera seguridad y funcionalidad, además de que pudiera, nuevamente, realizar actividades básicas, instrumentadas, avanzadas y que pudiera continuar con su trabajo y sus actividades sociales. Por la calidad e importancia de la obra de toda su vida se le dedicó una edición de la Feria Internacional del Libro 2019. En este merecido homenaje pudo participar en todas las actividades que se le programaron con calidad de vida y en plena capacidad física e intelectual. Esto se hizo posible por la preparación de los profesionales que lo atendieron, el apoyo de la familia y el desarrollo de la medicina cubana.



Bibliografía

- Almenares K, Corral A, Pría MC, Álvarez ME. Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2019 [acceso: 09/10/2019]; 35(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/850/300>
- Almenares K. Calidad de vida percibida y discapacidad física en adultos mayores [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
- Amaro Cano MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2016 [acceso: 08/09/2018]; 6(2). Disponible en: <https://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/340/340>
- Bayarre H. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
- Bayarre Veá H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio Playa. 1996. Parte I. *Rev Cubana Salud Pública*. 1999; 25 (1):16-29.
- Bayarre Veá H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del municipio Playa. 1996 Parte II. *Rev Cubana Salud Pública*. 1999; 25 (1):30-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100003
- Bayarre Veá H, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, et al. Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. 2008. *Rev. Cuba. Med Gen Integr*, 24(2). 2008. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200002
- Braña FJ, Monserrat J. Los costes asociados a la dependencia en las personas mayores: una aproximación. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología [revista en Internet]* 2001. [acceso 6 junio de 2018]; 11(3): [122-132]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3128013>
- Calvo-Soto AP, Gómez-Ramírez E. Condiciones de salud y factores relacionados con discapacidad en adultos mayores -Una reflexión para la atención-. *Univ. Salud*. 2018;20(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.131>
- Camacho EH, Cobas RM, Icart PE, Morales CF, Jordán HA, Lantigua CPA, et al. Por la vida: Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con retraso mental en Cuba. Ciudad de La Habana: Editorial Abril; 2003.
- Colectivo de autores. Envejecimiento poblacional en Cuba. Evolución de la estructura por edad de la población cubana, 1950 - 2050. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2016.
- Colectivo de autores. Medición de la Salud y la Discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. 2015 [acceso: 09/10/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii>
- Creagh M, García D, Valdés R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2015 [acceso: 09/10/2019];

- 14(6):884-92. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/792/906>
- Criollo W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados. Rev. MC.2019 ;13(2). Disponible en: <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/mct.13201>
- Cwirlej-Sozanska A, Wilmowska-Pietruszynska A. Assessment of health, functioning and disability of a population aged 60-70 in southeastern Poland using the WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Ann Agric Environ Med. 2018; 25(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.5604/12321966.1228392>
- Del Pilar A, Peneque E, Torres A. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad física en adultos mayores. Equipo federal del trabajo. No 105; 2014 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: <https://newsmatic.com.ar/conectar/245/105/articulo/3776/Prevalenciayfactoresderiesgo dediscapacidadfisica enadultos mayores.html>
- Dotchin CL, William SM, Gray K, Kisoli A, Orega G, Longdon AR, et al. The association between disability and cognitive impairment in an elderly Tanzanian population. Journal of Epidemiology and Global Health. 2015;5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jegh.2014.09.004>
- Garcilazo E. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores [tesis]. 2014 [acceso: 08/09/2018]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4131/1/Garcilazo_sm.pdf
- González MA, Palma ME. Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores. Área de salud Capdevila. Rev haban cienc méd. Ciudad de La Habana. 2008 [acceso: 09/10/2019];7(2). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1411>
- Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. En: CEDEM, editor. Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos de Cuba y sus implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050. La Habana: CEDEM; 2000.p.374-418.
- Herrera-Castanedo Vázquez-Barquero JL, Gaité Pindado L. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Rehabilitación (Madr).2008; 42(6); 269-75.
- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. WHO/FWC/ALC/15.01. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf
- Millán E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería. 2010[acceso: 08/09/2018];26(4):222-34. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: OMS; 1948 [citado 25 Mar 2019]. Constitución de la Organización Mundial de la Salud; [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2015 [acceso: 09/10/2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conadis/documentos/informe-mundial-sobre-la-discapacidad-oms-banco-mundial>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación Internacional del Funcionamiento Discapacidad y Salud. (CIF). Versión Completa [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [citado 14 Ago 2019]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3562:2010-clasificacion-internacional-funcionamiento-discapacidad-salud-cif&Itemid=2561&lang=es
- Peña Hernández PA, Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E. Modelos teóricos en discapacidad. En: Calvo Soto AP, Gómez Ramírez E, Daza Arana J, editores científicos. Modelos teóricos para fisioterapia. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 149-177.
- Pría MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
- Rodríguez Y, Díaz C. Valoración funcional del adulto mayor con discapacidad. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2009 [acceso: 08/09/2018];1(2):111-22. Disponible en: https://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr06209.pdf
- Salarzaei M, Malekzadegan A, Reza M, Zaare M, Behnampoor M, Mahmoodi Z. Assessing the prevalence of disability and its relationship with demographic characteristics of the elderly in Zahedan city in Iran International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research, 2017;8(9). DOI: [http://dx.doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.8\(9\).3971-77](http://dx.doi.org/10.13040/IJPSR.0975-8232.8(9).3971-77)
- Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2006;19(1):55-6. Acceso: 25/10/2017. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1020-4989&lng=en&nrm=iso
-



CAPÍTULO 4

Salud mental en el adulto mayor





Principales trastornos mentales asociados a morbilidad

Carmen Beatriz Borrego Calzadilla, Mario Augusto Pichardo Díaz

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social, y este bienestar tiene la misma importancia en la edad mayor como en cualquier otro periodo de la vida. No obstante, aproximadamente el 15 % de los adultos de 60 años o más sufren algún trastorno mental y, como ya se ha mencionado antes, según estimaciones, entre 2015-2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará.

El mayor problema de los trastornos mentales en las personas mayores radica en que suelen estar mal identificados, no solo por la propia persona y sus familiares, sino también, por el personal de salud, ya que los síntomas se solapan bajo las enfermedades físicas. Las personas mayores que sufren trastornos de salud mental, en sentido general, son reacias a confesar los síntomas de su enfermedad o a acudir a las consultas del psiquiatra, debido al estigma que todavía rodea a estos padecimientos mentales.

Actualmente, entre el 10 y el 15 % de las personas mayores sufren depresión, y alrededor del 10 % padecen de trastorno de ansiedad u otro problema mental. La mayoría de las personas mayores de 60 años suelen ignorar los síntomas de las enfermedades mentales y solo buscan ayuda profesional cuando estos llegan a un punto crítico.

Conviene saber que los trastornos de depresión y ansiedad en las personas mayores son afecciones médicas comunes que tienen tratamiento. De hecho, la mayoría de las personas con el tratamiento adecuado recupera su salud, consigue superar o tratar el problema y eleva su calidad de vida.

Contar con una red social sólida y buenas relaciones con familiares y amigos es un factor contribuyente para fomentar la buena salud mental en las personas mayores.

Las personas mayores suelen sufrir de eventos estresantes que los abocan a situaciones de aislamiento, soledad y angustia psicológica, como la pérdida de la pareja, problemas económicos, enfermedades, pérdida de movilidad, entre otras. También constituyen un grupo vulnerable al maltrato físico, verbal, psicológico y económico. Las estadísticas actuales demuestran que uno de cada diez ancianos sufre algún tipo de maltrato, lo que puede provocar graves problemas psicológicos que terminan desencadenando un cuadro de depresión o ansiedad, que son los más frecuentes.

Depresión. Es el trastorno psicológico más frecuente en este grupo de edad. Se caracteriza por una visión pesimista del futuro y una baja autoestima. En ocasiones, puede asociarse a otros síntomas, como la pérdida de peso, anorexia, estreñimiento e insomnio. Produce un gran sufrimiento y dificulta las actividades de la vida diaria. En las personas mayores, los síntomas de la depresión se suelen pasar por alto, solapados bajo los síntomas de otras enfermedades físicas, por lo que no suele tratarse adecuadamente.

Ansiedad. Se caracteriza por un estado temeroso, en el que la persona anticipa que se va a producir un mal, aunque no sepa determinar en concreto qué es lo que teme. El objeto que causa la ansiedad no es concreto, sino de carácter indefinido. La ansiedad va acompañada de sensaciones físicas como la tensión muscular y las palpitaciones o la sudoración excesiva. Las reacciones de ansiedad a menudo provienen de un sentimiento de impotencia frente a la vida.

Demencia. Cuadro clínico que implica el deterioro global de las facultades intelectuales y que sucede en un estado de conciencia normal. La demencia es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva, asociado a la pérdida de memoria y al deterioro del pensamiento y del comportamiento, que impide realizar las tareas más simples de la vida cotidiana. En la actualidad, aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo (en su mayoría personas mayores) padecen demencia.

Peligro de suicidio. Aunque no es muy conocido a nivel popular, las personas mayores tienen un riesgo mayor de intentar un suicidio. Las causas son de diversa índole: pérdida de la pareja, familiares o amigos, inseguridad económica, sentimiento de soledad y rechazo, reacción a enfermedades físicas o mentales.

Algunas de las señales de advertencia de estos trastornos mentales en las personas mayores incluyen:

- Cambios en el estado de ánimo o el nivel de energía.
- Cambio en sus hábitos alimenticios o de sueño.
- Aislarse de las personas y de las actividades que disfruta.
- Sentirse inusualmente confundido, olvidadizo, enojado, molesto, preocupado o asustado.
- Sentirse sin interés o como si ya nada importara.

- Tener dolores y molestias inexplicables.
- Sentir tristeza o desesperanza.
- Fumar, beber o usar drogas más de lo habitual.
- Ira, irritabilidad o agresividad.
- Tener pensamientos y recuerdos que no puede sacar de su cabeza.
- Escuchar voces o creer cosas que no son ciertas.
- Pensar en lastimarse a sí mismo o a otros (las personas de 85 años y más tienen las tasas de suicidio más altas entre los grupos etarios a nivel internacional).

La mayor contribución que puede hacerse es propiciar una visión de bienestar para este grupo poblacional, incorporar conceptos claves como la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la percepción de felicidad actual a lo largo de la vida.

Los trastornos mentales de las personas mayores a menudo obligan a la familia a asumir el papel de asistencia antes de que intervenga el personal médico, esto genera mucho sufrimiento, sobre todo cuando la situación de dependencia del ser querido excede la capacidad de la familia en su conjunto para adaptarse a las necesidades de atención, imprescindibles para este. Contar con un servicio de cuidadores que asuma la tarea de atender con el mejor cuidado al ser querido resulta indispensable. Además, es esencial identificar y tratar rápidamente los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias en personas mayores.

Envejecer es una gran oportunidad, es el resultado de cómo hemos construido nuestros días, a través de aprendizajes y crecimiento personal, es la contribución del yo al nosotros. Es importante preparar a familiares, cuidadores, personal sanitario y a la sociedad en general para atender correctamente los problemas de la salud mental de las personas mayores.

La salud mental puede mejorar fomentando un envejecimiento activo y saludable. El cuidado de la salud mental, expresado en el “bienestar”, requiere de crear las condiciones de vida y el entorno propicio para alcanzarlo, con el que se permita disfrutar de un proyecto de vida.





Sexualidad en las personas mayores

Carmen Beatriz Borrego Calzadilla, Mario Augusto Pichardo Díaz

La sexualidad en las personas mayores está influenciada por numerosos cambios fisiológicos que se producen como parte del proceso de envejecimiento, así como por múltiples factores psicosociales y socioambientales.

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Asimismo, el placer sexual es un derecho humano básico, por lo que, desde ese punto de vista se consideran de decisiva importancia el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

En ese sentido, en el 2002, este organismo internacional planteó que la salud sexual requería de un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de obtener placer y experiencias seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Explica además que, para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben de ser respetados, protegidos y cumplidos.

La sexualidad en esta etapa del curso de la vida ha pasado a ser un tema cada vez más importante debido, al aumento evidente de la expectativa de vida. Desde el año 2000 y hasta el 2015, la esperanza de vida ha registrado avances significativos, incrementándose en 5 años. Por esta circunstancia el número de personas en la tercera edad es cada vez mayor y, a su vez, como las causas de morbilidad en este grupo poblacional son perfectamente previsibles y controlables, la sexualidad pasa a ser una parte esencial dentro del contexto de vida.

La sexualidad humana no se limita al mero acto. Se define como la capacidad de sentir experiencias eróticas y de responder a ellas. Es el conjunto de comportamientos relacionados con la satisfacción de la necesidad y el deseo, que se expresa bajo la forma de pensamientos, fantasías, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones; resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales; aspecto central del ser humano presente a lo largo de toda su vida.

Hablar de sexualidad con las personas mayores puede provocar desaprobación, frustración u hostilidad, porque, equivocadamente, se la relaciona con la juventud, la sensualidad, la fertilidad y la procreación. No obstante, la sexualidad es diferente para cada persona y a su vez lo es para las diversas etapas de la vida. En la tercera edad se requiere de una mayor capacidad de diálogo, se demanda amor, ternura, confianza, afecto en la relación de pareja, se busca compartir el placer, con o sin actividad sexual.

En esta etapa, el concepto de la sexualidad se basa en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de esta. La actividad sexual en las personas mayores existe, y está presente en la mayor parte de los casos. Es erróneo catalogar a las personas mayores como indiferentes o poco interesados en la sexualidad o con escasa actividad. La realidad es que no existe un límite cronológico luego del cual la vida sexual puede desaparecer. Las prácticas en las personas mayores no difieren de las realizadas en etapas anteriores de la vida.

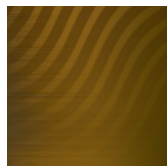
El nivel de interés sexual en las personas mayores guarda relación con el que haya desarrollado y mantenido a lo largo de su vida. El funcionamiento sexual se comporta como las restantes funciones, si no se ejercita, merma hasta desaparecer. Aquellos que tuvieron una vida sexual activa, la perpetúan,

y aquellos que a lo largo de su existencia ejercieron un sexo pobre y falto de interés, pierden el deseo más tempranamente.

La continuidad de la relación sexual en esta etapa tardía resulta esencial, por lo que se deben fomentar nuevas parejas, en especial cuando uno de los miembros fallece y el otro expresa la necesidad o el deseo de tener compañero o compañera. Lo importante es que no pierda el ánimo sexual, ya que con el abandono de la sexualidad comienzan a declinar el resto de los aspectos de la vida social, laboral, el aspecto físico, etc. La manera de combatir esta declinación es el afecto, porque en la mayor parte de los casos la causa es solo miedo al fracaso.

El desconocimiento o confusión que exhibe gran parte de la población sobre los aspectos inherentes a esta importante temática, íntimamente vinculada a la calidad de vida, no permite a los abuelos acercarse a una ayuda adecuada. Hay que entenderlos, acompañarlos y brindarles alternativas y soluciones, para poder darles una vida digna en esa etapa final de su existencia. José Martí escribió a su hermana Amelia y a María Mantilla: "¿Tú vez el árbol? ¿Tú vez cuánto tarda en colgar la naranja dorada, o la granada roja de la rama gruesa? Pues, ahondando en la vida, se ve que todo sigue el mismo proceso. El amor como el árbol, ha de pasar de semilla a arbolillo, a flor, y a fruto."





Experiencias de intervención en áreas de salud

Mario Augusto Pichardo Díaz, Adolfo Valhuerdi Cepero

Según José Martí, la única salud verdadera es la que viene a un cuerpo bien administrado, con orden en la mente y serenidad en el corazón. Afianzan esta idea un conjunto de experiencias que, para la atención integral a la salud mental de las personas mayores, han tenido como escenario a la provincia de Matanzas durante las últimas dos décadas, con una perspectiva holística que incluye la asistencia médica, la investigación, la docencia y la gerencia en salud, así como la proyección e incorporación sostenida de la comunidad y otros sectores sociales.

Esta provincia se ubica en el occidente de Cuba con una población de 721 176 habitantes. El 20,6 % rebasa los 60 años (148 604), con un creciente envejecimiento poblacional, baja tasa de natalidad (10,3/1000 hab.) y esperanza de vida de 79,1 años. Estas iniciativas se han integrado a la cobertura sanitaria que para las personas mayores y su salud mental ofrece este territorio.

Cuba tendrá más del 25 % de su población rebasando la sexta década de vida en los próximos años, con el consiguiente incremento de las afecciones de la salud mental (demencias, deterioro cognitivo leve, depresión, adicciones, psicosis, etc.) que dañan las funciones intelectuales, afectivas y las relaciones sociofamiliares de las personas mayores. Este tema es objetivo priorizado del Estado cubano, como lo refleja el lineamiento 144 de su política económica.

En el mundo, las demencias son la primera causa de discapacidad, dependencia, necesidades de cuidado y sobrecarga, después de los 60 años. Reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que cada tres segundos alguien en el mundo debuta con una forma de demencia. Las padecen 1 de cada 4 personas mayores, cifra que se duplicara para 2030. Como ya se mencionó antes, existían en 2018 más de 50 millones de personas con estas enfermedades, cantidad que en este caso se triplicará para el 2050.

Se estiman en alrededor de 160 000 los cubanos afectados por algún tipo de demencia, de ellos 14 000 son matanceros, lo que ha contribuido a fomentar en esta provincia una voluntad sostenida para manejar la situación. En 2003, Matanzas se incorporó al estudio multicéntrico de base poblacional que la Sección Cubana de Alzheimer (SCUAL) condujo en diferentes áreas geográficas de La Habana y Matanzas para evaluar la

prevalencia, la incidencia y los factores de riesgo de las demencias y otras enfermedades crónicas en personas mayores. Esto formó parte en Cuba de la colaboración que dirigió el grupo internacional de investigación en demencias 10/66 de la ADI (Alzheimer Disease International) en 10 países de América Latina, Asia y África.

El seguimiento de esta cohorte por 15 años, además de evaluar la salud integral en la población envejecida, generó un intenso movimiento investigativo: más de 30 presentaciones en jornadas científicas estudiantiles, 19 tesis de terminación de la especialidad Medicina Familiar, tres diplomados en demencias, seis tesis de maestría y apoyo en dos tesis de doctorado, junto a otros logros científicos que contribuyeron a tomar decisiones inmediatas, así como a trazar estrategias a corto, mediano y largo plazo.

Como resultado de estas investigaciones se evidenció que el abordaje de los padecimientos detectados requería de una perspectiva multidisciplinaria e intersectorial, y ese enfoque propició que el MINSAP, en su Departamento de Adulto Mayor y Salud Mental, junto al Centro de estudios de Alzheimer, elaboraran una estrategia cubana para la enfermedad de Alzheimer y los síndromes demenciales (MINSAP-SCUAL 2013).

En Matanzas se constituyó la Cátedra de integración mente-cuerpo con su intervención comunitaria "Mente sana en cuerpo sano: por un adulto mejor". La cátedra se creó en el 2014 bajo el auspicio del Departamento de Adulto Mayor y Salud Mental del MINSAP en el marco del XII Taller Nacional de la Sección Cubana de Alzheimer —primera reunión de implementación de la estrategia cubana para la enfermedad de Alzheimer— y del I Curso-taller sobre envejecimiento y salud Mental (20-21 de septiembre).

Se unieron en este empeño profesores y estudiantes de las carreras de medicina, psicología, trabajo social, nutrición y rehabilitación de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, junto a los círculos de abuelos y escuelas de primaria y secundaria de la ciudad, con la coordinación del Departamento de Adulto Mayor y Salud Mental de la Dirección Provincial de Salud. En el año 2015 se consolidó el trabajo de la cátedra en el segundo curso-taller sobre

envejecimiento y salud mental, al que se incorporaron las direcciones provinciales de deportes y cultura, y profesores y estudiantes de las facultades de Humanidades, Cultura Física e Informática de la Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos.

Dentro de las actividades de intervención comunitaria en esta provincia de la Cátedra de integración mente-cuerpo destacan las siguientes:

– Actividades asistenciales:

- *Semanal.* Se realizan dos consultas de evaluación integral de la salud mental y cerebral (consulta de memoria y salud cerebral) en policlínicos comunitarios, 2 talleres de estimulación cognitiva, conductual y afectiva (gimnasio cerebral) en Casas de Abuelos y un encuentro del modelo combinado de escuela de cuidadores "Cuidar con Amor".
- *Mensual.* Se efectúa un "Festival de integración mente-cuerpo" en diferentes barrios y comunidades; se aprovecha la ocasión para pesquisar de forma masiva la salud mental (deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, adicciones) y la salud física (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, actividad física, dieta, etc.), junto a actividades culturales (danza del recuerdo, declamación de poemas, actuación de escolares y círculos de abuelos, acciones plásticas colectivas, etc.) y deportivas (práctica de Tai-Chi, automasaje, estiramientos, juegos de *scrabble*, dominó, etc.).

– Actividades docentes:

- Cursos de posgrado. Ej.: Abordaje integral de las demencias en la comunidad (se realizaron cinco entre 2014-2018, Neuroeducación para el bienestar (se realizaron tres, 2016-2019).
- Cursos de certificación para cuidadores de personas dependientes (se realizaron once entre 2014-2019).
- Talleres Envejecimiento y salud mental (se realizaron seis entre 2014- 2019).
- Taller de Salud cerebral óptima para todas las edades (2019).

– Actividades investigativas:

- Evaluación de la efectividad de la terapia de estimulación cognitiva, conductual y afectiva

(gimnasio cerebral-CoCoA) en personas con deterioro cognitivo, demencias y depresión.

- Evaluación de dos fármacos naturales: el polvo seco de cúrcuma longa (jengibre amarillo) y del preparado homeopático Memoria 1 y 2, de la Asociación internacional homeópatas de tierras sin fronteras, y su efecto en el rendimiento cognitivo, conductual y afectivo de personas mayores con deterioro cognitivo o demencias.
- Caracterización del proyecto de vida en personas mayores de comunidades urbanas y rurales.
- Validación y aplicación de un instrumento breve para el nivel primario de atención y su variante, en forma de aplicación para móviles, que evalúa la salud cerebral y mental de las personas mayores en formato autoaplicable y aplicable por personal no profesional (cerebrograma v.1.0).
- Evaluación de la salud mental y cerebral de personas mayores convalecientes de COVID-19 en la comunidad y factores contextuales. Propuesta de intervención multimodal.

Una iniciativa muy peculiar son las “Fiestas por la memoria” que se desarrollan en la ciudad desde el año 2004, en el mes de septiembre, mes mundial dedicado a la lucha contra la enfermedad de Alzheimer; constituyen auténticos sucesos populares que logran llamar la atención, conmover y movilizar a la localidad en torno a la salud mental de los mayores

Estas fiestas parten del enfoque de salud mental integrativa que, sin dejar de tener presencia científica (se han efectuado ocho eventos “Puertas abiertas al Alzheimer” en las universidades de la provincia y seis talleres “Envejecimiento y salud mental” para evaluar la implementación en la provincia de la estrategia cubana de Alzheimer y síndromes demenciales) hace énfasis en otros aspectos, como el de las manifestaciones artísticas, y trata que el protagonismo lo asuman las propias personas con afecciones de salud mental, sus familiares, los amigos que luchan junto a ellos y los voluntarios que se han sumado.

Durante estas dos últimas décadas, como parte del creciente compromiso en el territorio por la salud

mental de los mayores, se ha contado siempre con el apoyo gubernamental y de organismos, empresas, organizaciones e instituciones. Ha sido permanente la ayuda de la Asociación de Combatientes, el Seminario Evangélico de Teología, el Centro Kairós, el Obispado de Matanzas, la Asociación Cubana de Artesanos Artistas, la Oficina del Historiador de la Ciudad, el Museo Farmacéutico, el grupo promotor de *scrabble* en Matanzas, entre otros.

Del ámbito internacional se destaca el acompañamiento de la OPS/OMS y de Cáritas. Resalta también el aporte del voluntariado, en especial del Grupo de amigos, familiares y personas con Alzheimer y otras demencias de Matanzas (AFAPALMA), que desde su fundación en el 2004 ha desarrollado una labor muy significativa como apoyo al trabajo de la Sección Cubana de Alzheimer en Matanzas.

Entre las actividades centrales de las “Fiestas por la memoria” están las pesquisas masivas de memoria y salud mental en diferentes escenarios de la ciudad.

Es habitual en estas actividades la entrega de los reconocimientos “Cuidar con amor” a cuidadores de pacientes con compromiso de su salud mental, la condición “Promotor de salud mental y cerebral óptimas” y la distinción “Memoria de ciudad”. Esta última ya la han recibido cerca de una treintena de personalidades e instituciones del arte y de las ciencias, por promover salud mental, bienestar y felicidad, desde su desempeño cultural, deportivo, social o científico.

Dentro de las “Fiestas por la memoria” destaca la masividad y el colorido de la “Marcha por la memoria”, marcha que se desplaza desde la plaza principal de la ciudad hasta la Plaza de la Vigía (sitio fundacional), y la “Danza del recuerdo”, con el objetivo de reverenciar a aquellos que no pueden recordar y a sus familias. También han sido significativas las galas culturales quinquenales desarrolladas en los principales teatros de la ciudad y los habituales bailables de danzón (bailé nacional de Cuba) en múltiples escenarios.

Pueden mencionarse otras actividades recreativas, culturales y deportivas. De las artes visuales se han organizado en la galería provincial Pedro Esquerré un total de 12 “Salones por la memoria” y 18 exposiciones individuales y colectivas sobre la memoria

y la salud mental. En el teatro se han llevado a escena obras relacionadas con la temática, como “La ventana tejida” de Ulises Rodríguez Febles, “Polvo” de Gilberto Subiaurt y “Vagos rumores” de Abelardo Estorino (fragmentos). También hay que destacar las numerosas coreografías del conjunto Danza Espiral, dedicadas a la salud mental. En el caso de las letras, pueden mencionarse las publicaciones de Ediciones Vigía, con textos sobre la memoria y la salud mental, así como la organización de coloquios sobre temas de historia local y nacional en diferentes instituciones. También, para sensibilizar sobre las demencias se han llevado a cabo siete cancelaciones filatélicas especiales (2005-2012) a cargo de personalidades de la provincia y del país.

La cátedra de integración mente-cuerpo ha seguido un enfoque proactivo. Ha programado, en marzo de 2018 y 2019, la Semana mundial del cerebro y el Día mundial de la salud mental (octubre 10 del 2015-2019), incorporando la intervención comunitaria “Hacia ti, contigo...” al proyecto “Salud cerebral óptima para todas las edades”. Se publicó *La memoria recordada: historias de vida sobre la enfermedad de Alzheimer* de la Editorial Científico-Técnica, 2017, y el boletín trimestral *Cerebro en mente* en el 2019.

En mayo de 2020 y 2021 se celebró con diversas iniciativas el Mes de la salud mental perinatal, con un enfoque de la salud mental determinada por el curso de la vida. Se creó la Red provincial de salud mental perinatal con psicólogos, obstetras, psiquiatras, neonatólogos y profesionales del nivel primario de atención.

Como variante para apoyar el trabajo de salud mental durante el periodo de la pandemia de CO-

VID-19, se inició la intervención comunitaria no presencial “Cada hogar un gimnasio cerebral”, a través de redes sociales como Facebook (en los perfiles cátedra de integración mente-cuerpo y neuroalfabetización), Telegram (salud cerebral óptima) y WhatsApp con los grupos Cuidar con Amor, Neuroeducación y Taller de estimulación cognitiva, conductual y afectiva (CoCoA).

La divulgación de estas experiencias ha sido un trabajo arduo, desde humildes plegables, llaveros, marcadores, abanicos, pulóveres o pegatinas con mensajes grabados, hasta materiales de promoción especializados a través de diversos medios y formatos y numerosos trabajos televisivos en la telemisora local TV Yumurí. Entre los 12 videos promocionales destacan, especialmente, los conmovedores documentales *Donde solo hubo desmemoria* y *Amor deshojado*, que aún se transmiten por el Sistema Nacional de Televisión. Desde la emisora local Radio 26 se ha transmitido con frecuencia semanal la sección *Mente sana en cuerpo sano*. En el caso de la prensa plana, se han publicado más de una veintena de artículos en las publicaciones periódicas *Granma*, *Juventud Rebelde*, *Trabajadores y Girón* y en la Agencia Cubana de Noticias.

Estas iniciativas han concedido el privilegio de acompañar la salud mental de las personas mayores y sus familias desde lo profesional, lo humano y sobre todo desde las múltiples perspectivas que nacen del abrazo sanador y del camino compartido a favor de un mundo donde florezcan familias promotoras de salud mental y cerebral óptimas para todas las edades.



Bibliografía

- Dementia. A public health priority. United Kingdom: World Health Organization; 2012.
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
- Lake J. Integrative Mental Health Care: A Therapist's Handbook: W W Norton & Co; 2009.
- Llibre-Guerra JC, Valhuerdi A, Concepción O, Llibre J, Gutiérrez R, Llibre-Rodríguez J. Stroke incidence and risk factors in Havana and Matanzas, Cuba. *Neurologia* (Barcelona, Spain). 2014;30.
- Llibre-Rodríguez J, Valhuerdi A, Concepción O, Llibre J, Porto R, López A, et al. Prevalence of Stroke and Associated Risk Factors in Older Adults in Havana City and Matanzas Provinces. Cuba (10/66 Population-Based Study). *MEDICC review*. 2010;12:20-6.
Disponible en: <http://mediccreview.org/prevalence-of-stroke-and-associated-risk-factors-in-older-adults-in-havana-city-and-matanzas-provinces-cuba-10-66-population-based-study/>
- Llibre JJ, Lopez AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre Guerra JJ, Sanchez Y, et al. Frailty, Dependency and Mortality Predictors in a Cohort of Cuban Older Adults, 2003–2011. *MEDICC Review*. 2014;16(1):24. Disponible en: <http://mediccreview.org/frailty-dependency-and-mortality-predictors-in-a-cohort-of-cuban-older-adults-2003-2011/>
- LLlibre Rodríguez JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana: Editorial Científico-Técnica; 2008.
- Llibre Rodríguez JJ, Llibre Guerra JJ, Cepero AV, Prince MJ, Ferri C. P3-080: APOE Genotype and the Prevalence and Incidence of Dementia in Admixed Cuban Population: A 10/66 Population-Based Cohort Study. *Alzheimer's & Dementia*. 2016;12(7S_Part_17):P849-P.
Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.jalz.2016.06.1739>
- Llibre Rodríguez JJ, Valhuerdi A, Sanchez II, Reyna C, Guerra MA, Copeland JRM, et al. The Prevalence, Correlates and Impact of Dementia in Cuba. *Neuroepidemiology*. 2008;31(4):243-51. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/165362>
- Llibre Rodríguez JJ, Valhuerdi Cepero A, Calvo Rodríguez M, García R, Guerra M, Laucerique T, et al. Dementia and Other Chronic Diseases in Older Adults in Havana and Matanzas: The 10/66 Study in Cuba. *MEDICC Review*. 2011;13(4):30. Disponible en: <https://mediccreview.org/dementia-and-other-chronic-diseases-in-older-adults-in-havana-and-matanzas-the-10-66-study-in-cuba/>
- Llibre Rodríguez JJ, Valhuerdi Cepero A, Gil IYS, Medina AML, Llibre-Guerra JC, Llibre-Guerra JJ, et al. Incidence of dementia and association with APOE genotype in older Cubans. *Dement neuropsychol*. 2014;8(4):356-63. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642014000400356&lng=en&tlng=en
- Pan American Health Organization. Regional Workshop on Dementia. Final Report (Santo Domingo, 17-18 October 2017). Washington, D.C.: PAHO; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49100?locale-attribute=es>
- Valhuerdi A, Céspedes N. La memoria recobrada. Historias de vida acerca de la enfermedad de Alzheimer. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2017.
- Valhuerdi A, Llibre JJ, Valhuerdi Porto C, Porto Alvarez R, Muñoz Rodríguez R, Muñoz Rodríguez M. Disfunción cerebral focal vascular en adultos mayores de la comunidad. Prevalencia, factores de riesgo aterogénico y manejo. *Med Electronica*. 2015;37:452-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500005
-



CAPÍTULO 5

La COVID-19 en las personas mayores



Atención y cuidados a las personas mayores en tiempos de COVID-19

Luis Felipe Heredia Guerra, Lilliam Rodríguez Rivera

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) con alta virulencia y contaminación, hace mayor y duplica la carga de enfermedad sobre la salud de las personas mayores, con desafíos sin precedentes para la salud, la vida, los derechos y el bienestar de estas, que presentan vulnerabilidades específicas para la infección viral. Es, además, un factor de mal pronóstico, complicaciones y mortalidad.

En Cuba, que no estuvo exenta, el Ministerio de Salud Pública, abalado por criterios científicos y conociendo del cambio en el perfil epidemiológico debido al envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, los determinantes asociados a mayor riesgo por la edad y el acceso a sistemas adecuados de protección, preparó y organizó la mejor y necesaria atención a la salud de la población de 60 años y más, en el marco del Programa Nacional de Atención a la Persona Mayor del MINSAP. Se tomaron las medidas que pudieran responder adecuadamente a las necesidades de las personas mayores en un sistema de salud universal, pese a que se trataba de una enfermedad inédita para todo el mundo.

Para el control y la toma de decisiones, la capacitación de todo el personal de salud, el diagnóstico y la atención a la COVID-19, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la organización de la atención médica en las unidades asistenciales y la protección del personal cubano que trabajaba con los casos positivos, fue muy importante el asesoramiento del Comité de Ciencia e innovación, con académicos y expertos, que analizaron el escenario nacional e internacional, las novedades científico-técnicas que se publicaban a la luz de la crisis sanitaria, sus impactos en el corto, mediano y largo plazo en las personas mayores. Se intercambió información, se compartieron experiencias y aprendizajes, que permitieron brindar respuestas coordinadas frente a la crisis de la COVID-19, con el eficaz sistema de salud cubano.

Una función importante de las personas mayores en esta época de pandemia por COVID-19 ha sido el cuidado de la salud propia y la de su familia, convivientes o no, de sus vecinos y amistades y de esta forma crearon conciencia sobre las oportunidades y los desafíos del envejecimiento hoy. Son sobre todo las personas mayores de 60 años, y fundamentalmente las mujeres, las que cuidan a las personas en situación

de discapacidad o con algún grado de fragilidad, muchos de ellos también ancianos, para que la población laboralmente activa pudiese incorporarse a los frentes de trabajo necesarios para continuar funcionando durante la época de la pandemia, convirtiendo la labor de cuidar en una tarea heroica. Estaban conscientes del riesgo de que familiares, vecinos y amigos más jóvenes pudiesen llevar el virus a los domicilios donde se aislaban y cuidaban.

El protagonista principal de esta historia es la persona mayor, no el SARS-CoV-2, como ocurre en la mayoría de los artículos, editoriales y hasta comentarios, donde correlacionan persona mayor y COVID-19. Es una gran verdad que las personas mayores tienen la más alta mortalidad por esta infección en Cuba (hasta abril del 2021, el 81,8 % de los fallecidos eran mayores de 60 años y los pacientes en estado grave y críticos fueron en su mayoría personas mayores de 70 años de edad. Pero es la población que menos se contagia con el virus del SARS-Cov 2.

De los casos positivos informados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) a través del doctor Duran (ejemplo de envejecimiento saludable y activo) solo el 16,7 % tenían 60 años y más, fundamentalmente por su disciplina y perseverancia en el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias orientadas. Con un comportamiento casi igualado de hombres y mujeres, aclaración dada por la afirmación de que la mujer se cuida más que el hombre, que es real, pero en época de pandemia por COVID-19 se cuidaron por igual.

Limpieza y desinfección, lavado de las manos, uso de mascarilla y el distanciamiento de más de metro y medio son las majaderías de viejo que más escuchamos dentro de las casas y en el barrio, pero su cumplimiento es parte del respeto que debe tenerse por las personas mayores cercanas, quienes cumplen con las orientaciones de los científicos, funcionarios del MINSAP, epidemiólogos, profesionales de la salud y el Gobierno, en la toma de medidas para poder controlar la pandemia y así evitar enfermar y enfermarlos a ellos, que son los que después se agravan y tienen mayor riesgo de morir.

La manera en que se produce la infección por el virus SARS-CoV-2, hace que resulte importante mantener el distanciamiento físico de una persona que se encuentre enferma. Asumir esto, es un ejercicio verdaderamente complejo para las personas mayores, quienes han tenido que acostumbrarse de manera rápida e inesperada a un confinamiento, a limitar su movilidad, con consecuencias negativas al provocar que aparezca el estado de fragilidad y disminución de la capacidad para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria. Estas condiciones se asocian de una manera estadísticamente significativa a depresión, incontinencia, polifarmacia, artropatías, caídas, obesidad y mala autopercepción de salud, lo cual se traduce en un aumento de la comorbilidad y la mortalidad.

Se hizo necesario poner en práctica otras medidas:

- Promover la autonomía.
- Cambiar las rutinas prepandemia.
- Orientar a familiares y cuidadores para que se les permitiesen realizar tareas que habitualmente dominan.
- Cuidar y cuidarse mediante el cumplimiento de toda la familia de las medidas dictadas por el Ministerio de Salud Pública.
- Idear nuevas actividades físicas e intelectuales que pudiesen ejecutarse dentro de la casa.
- Fomentar el uso de las nuevas tecnologías para mantener el contacto con familiares y amigos.
- Realizar entrenamiento cognitivo mediante el uso de juegos desde y en el domicilio.
- Facilitar el acceso a alimentos, aseo y medicamentos mediante mensajeros.
- Mantener una vigilancia sistemática por parte del personal de la atención primaria de salud y las organizaciones de masas.
- Brindar atención y cuidados a los cuidadores.
- Poner en práctica el autocuidado.
- Implementar la promoción y prevención de salud a distancia, a través del comercio electrónico, la teleeducación, el teletrabajo, y la teleinformación oficial, veraz y oportuna, con mensajes necesarios para elevar la percepción de riesgo, no solo por los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión.

Mediante el empleo de las TIC, que incorpora acciones relacionadas con las tecnologías de la información y las comunicaciones, aplicadas a la salud en general, se lograron realizar muchas de las tareas y acciones relacionadas con la atención de las personas mayores durante la pandemia por COVID-19 en Cuba. Entre ellas eSalud (salud electrónica), que consiste en el apoyo que la utilización segura de las TIC ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con la inclusión de los servicios de atención de salud, vigilancia y documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud. Otra vía de contacto que la población mayor de Cuba pudo utilizar fue el correo electrónico COVID-19@infomed.sld.cu y números de teléfonos por los que se recibieron y se atendieron todas las inquietudes relacionadas con el nuevo coronavirus.

Fue de gran ayuda para los profesionales y para el personal que atendía a las personas mayores enfermas o contactos directos de pacientes infectados, los espacios oficiales que se emplearon para informar sobre la pandemia, como los servicios de internet, canales en redes sociales como YouTube, Twitter (@MINSAPCuba), Facebook (Grupo "Amigos del MINSAP", <https://www.facebook.com/groups/472129326313499/>), grupos de "InfomedCuba" en Telegram, sitios web en colaboración con instituciones para mostrar los datos estadísticos del comportamiento de la enfermedad, como el sitio "Covid19CubaData" <https://covid19cubadata.github.io/#cuba>

El MINSAP dispuso en su espacio virtual una sección solo para esta temática (<https://salud.msp.gob.cu>) y el Centro Nacional de información de Ciencias Médicas (INFOMED) desplegó el sitio cubano dedicado a las infecciones respiratorias graves producidas por coronavirus (<https://temas.sld.cu/coronavirus>), en el que se brinda toda la información relacionada con la evolución y el pronóstico de esta nueva enfermedad. Se creó una red telemática de la salud que ofrece un "tablero informativo" para sus profesionales con la última bibliografía actualizada, tan necesario en la atención de esta enfermedad to-

talmente nueva para todos, y el acompañamiento del ejercicio salubrista.

Importante también en la atención de la población mayor de 60 años durante la pandemia por COVID-19 fue el procesamiento georreferenciado de datos, la aplicación de modelos de pronóstico y otras formas de gestión de la información epidemiológica, asistencial y administrativa, para un mejor conocimiento del comportamiento de la epidemia y poder tomar decisiones rápidas y efectivas.

A partir de mSalud, como se le conoce a la salud móvil, el ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de dispositivos móviles, se brinda información oportuna, se hace promoción de salud, como ocurrió con el envío de mensajes de texto (SMS) a través de celulares para orientar las medidas de autocuidado.

En la atención de las personas mayores en la época de pandemia en Cuba, hay que destacar al "Pesquisador Virtual COVID-19" (encuesta destinada a captar información sobre el estado de salud de la población, como complemento al proceso de pesquisa activa del sistema de salud en el marco del enfrentamiento epidemiológico de la pandemia), con la particularidad de que acude a la responsabilidad cívica y social de cada individuo, el cual aporta voluntariamente los datos necesarios de su autopesquisaje y de esta manera se convierte en un colaborador del proceso, ayudando al equipo de trabajo de la atención primaria de salud (APS) en la detección oportuna de cualquier sospechoso. De ahí que constituyera un instrumento aliado y necesario, sin excluir la pesquisa activa.

Con la pesquisa activa, desde la APS, los profesionales sanitarios en equipos de trabajo junto a los estudiantes de Ciencias Médicas tuvieron el importante encargo de visitar casa por casa para confirmar síntomas respiratorios que hicieran sospechar la presencia de la enfermedad, y a su vez ofrecer orientación y educación para la conservación de la salud, disminuyendo los riesgos de contagios y aumentando las posibilidades de recuperación de los enfermos, incidiendo fundamentalmente en la protección de la salud de la población adulta mayor.

Lamentablemente, en los primeros meses de inicio de la pandemia en Cuba, en el Hogar de Ancianos No. 3 de la ciudad de Santa Clara, se confirmaron positivos a la enfermedad residentes y trabajadores. Esta situación motivó la preocupación de la máxima dirección del país y del MINSAP. En menos de 24 h se personó un equipo de expertos multidisciplinarios de diferentes dependencias del MINSAP, junto a funcionarios nacionales, provinciales y municipales de salud pública, el Partido Comunista de Cuba (PCC) y el Gobierno, y se exigió un minucioso estudio. Luego se indicó la creación de un plan para la prevención y control del nuevo coronavirus en hogares de ancianos y personas mayores en hospitales psiquiátricos y centros sicopedagógicos, tarea en la que tuvieron una labor destacada geriatras, epidemiólogos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales del CITED, y funcionarios de la Dirección Nacional de Adulto Mayor del MINSAP.

Este hecho constituyó una de las experiencias de intersectorialidad en el enfrentamiento a la COVID-19. Para proteger a las personas mayores, integrantes del Grupo Provincial de enfrentamiento a la COVID-19 en Villa Clara, realizaron un estudio, poco conocido, pero no menos importante, con el uso combinado de modelos matemáticos y epidemiológicos, junto a los pronósticos biometeorológicos; el que resultó muy efectivo para la toma de decisiones anticipadas en el combate a la pandemia. Aunque está pendiente el análisis definitivo sobre si existe o no una relación directa entre el estado del tiempo y la propagación de la COVID-19, fue posible apreciar un aumento de la incidencia diaria de los casos ante la presencia de frentes fríos y eventos de contaminación atmosférica, no solo en la central provincia, sino también en el municipio especial Isla de la Juventud. Permitió de igual modo el tratamiento de los pacientes vulnerables en estadios graves y críticos con mayor efectividad, atendiendo al pronóstico de las variaciones a corto plazo del contenido de oxígeno en el aire.

Con el avance de la pandemia se implementaron otras acciones más rigurosas, que fueron acompañadas de gestiones directas para la protección de la salud de la población adulta mayor y más vulnerable. Entre estas medidas estuvo la utilización del medicamento Prevengho-Vir, gotas homeopáticas para la prevención de la influenza, las enfermedades gripales, el dengue y las infecciones virales emergentes, creado especialmente para el uso en condiciones de riesgo epidemiológico, como la que se atravesó durante la pandemia del COVID-19.

El medicamento se administró a los adultos mayores (la mayoría de ellos en sus propias casas, de manos del médico de la familia y de forma gratuita), se aplica una gota debajo de la lengua dos veces al día, durante tres días seguidos; inicialmente se repartió en hogares de ancianos y centros de cuidados de la salud de larga estadía, donde había personas mayores, luego a toda esta población del país.

La atención directa a las personas mayores durante el periodo de ingreso domiciliario se hizo cada vez más sólida, con servicios alimentarios y farmacéuticos, con la participación de factores y organizaciones de la comunidad, así como la vigilancia y la atención diaria de los médicos de la familia, en ocasiones con visitas hasta dos veces por día.

Para potenciar la prevención se extreman las medidas higiénico-epidemiológicas y de atención de la salud con las personas mayores internadas en establecimientos sanitarios, con garantía para el aislamiento y los cuidados especializados; se activan programas de acción para la capacitación al personal, charlas didácticas con los ancianos, diálogo permanente con las familias, limitación de visitas y acceso de personal.

Es para destacar la incorporación de los residentes de primer año de la especialidad de Gerontología y Geriátrica a esta tarea, sobre todo en las 293 casas de abuelos y los 155 hogares de ancianos que existen en el país, en los que cada mañana se pesquiza a los trabajadores y se suspenden de sus labores a

los que presenten sintomatología respiratoria aguda o fiebre.

La teleasistencia es de gran ayuda en situaciones de aislamientos prolongados, que traen una reducción de la estimulación cognitiva y que pueden empeorar los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la demencia; aparecen signos de apatía y depresión, puede llegar a provocar desorientación e incluso síndrome confusional agudo. La falta de actividad física puede conducir al desacondicionamiento, con debilidad y después caídas.

Se fortaleció el Sistema Nacional de Salud, con mayor inversión en las áreas más debilitadas, con el

compromiso y la responsabilidad de sus profesionales y un intercambio permanente con la OMS/OPS. Ejemplo de ello son los diferentes carteles promocionales sobre las medidas a tomar y otros, como la infografía realizada durante la pandemia por el MINSAP y la OPS-Cuba.

Cuba ha sido un modelo en el comportamiento de la sociedad, el pueblo y los adultos mayores cubanos, que han respondido a la agresividad del virus COVID-19 y al cumplimiento de las medidas tomadas para controlar la pandemia, mostrando un admirable nivel de adherencia a las indicaciones; lo que es motivo de esperanza para una población adulta mayor que merece lo mejor.





Experiencias de psicogerontología

Teresa Orosa Fraíz, Laura Sánchez Pérez

El llamado al confinamiento, las estadísticas de fallecidos (con una frecuencia mayor de personas mayores con comorbilidades), las preocupaciones de las familias y del Estado con relación a la atención a los mayores, los mensajes de “cuidate que quiero volver a verte” a través de las redes sociales, entre muchas otras acciones, han provocado muy diversas vivencias, tanto en las personas mayores como en sus familias. Las actitudes han transitado desde la poca percepción del riesgo por unos en un inicio hasta miedo y extremas ansiedades en otros, aun cuando las investigaciones han demostrado tendencias hacia comportamientos resilientes o reajustados, más frecuentes en las personas mayores que en los otros grupos poblacionales.

La Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, a través de la Cátedra del Adulto Mayor y su grupo de trabajo en psicogerontología, a lo largo de todo el periodo de la pandemia, ha coordinado diversas acciones encaminadas a la atención de las personas mayores. Los objetivos de las acciones estuvieron en función del fomento de una adecuada percepción del riesgo, a la identificación y acompañamiento de posibles afectaciones en salud mental debido al aislamiento, así como al fomento de una campaña del buen trato; esta última debido a la aparición de acciones invasivas por parte de algunas familias y de mensajes en los medios en los que se subestima la autonomía y la responsabilidad individual de los mayores.

Numerosos han sido los recursos humanos enrolados en las diferentes acciones, tanto profesores de la facultad como especialistas de otros centros, así como estudiantes del pregrado y directivos adultos mayores de la cátedra. Se han llevado a cabo cinco modalidades de acciones fundamentales:

- 1º. Coordinación de la experiencia de atención psicológica del psicogrupo vía WhatsApp a personas mayores y cuidadores durante nueve meses, con inscripción abierta y membresía estable de 243 participantes, incluyendo miembros de otros países.
- 2º. Monitoreo de posibles afectaciones de las 1164 personas mayores miembros de la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana, de forma sistemática, por vía telefónica, con registros de sucesos, acompañamiento y recogida de testimonios.
- 3º. Diseño de volantes dirigidos a mayores y cuidadores sobre medidas sanitarias ante la COVID-19 como aporte al Programa integral de envejecimiento saludable “Pies plaza”, del cual la cátedra es institución participante. Fueron entregados al Gobierno del territorio.

- 4°. Análisis sistemático y monitoreo del contenido de las noticias y mensajes de los medios de comunicación masiva, asociados a este grupo poblacional.
- 5°. Observación de los entornos amigables con las personas mayores en tiempos de pandemia, a través de los trabajos prácticos de la asignatura Psicología del Desarrollo del Adulto Medio y del Adulto Mayor, correspondiente al pregrado de segundo y cuarto año de la carrera de Psicología.

Múltiples preguntas han guiado el abordaje psicológico:

- ¿Qué han sentido los mayores al saber que se pueden morir?
- ¿Qué hacía esa persona mayor antes de la pandemia?
- ¿Qué le falta por hacer?
- ¿Qué factores de riesgo y cuáles factores protectores le han acompañado en el aislamiento?

En ese sentido, la primera de las acciones fue la experiencia de los psicogrupos de atención psicológica vía WhatsApp, en este caso el dirigido a personas mayores y cuidadores, convocada por la Sociedad Cubana de Psicología, conformados por cuatro psicólogos del desarrollo, tres psicólogos clínicos, un psicopedagogo y un geriatra, procedentes de la Facultad de Psicología y del CITED.

En las sesiones, inicialmente diarias y después semanales, diversas fueron las interrogantes de sus coordinadores. Constituyó una experiencia dinámica que apostó por el cuidado ante las peculiaridades de cada situación sanitaria. Se abordaron temas heterogéneos, tales como la percepción del riesgo, la autoestima, los procesos de la comunicación, el papel de los abuelos y abuelas, las sobrecargas domésticas, los trastornos del sueño, el estrés, los estilos de afrontamiento, la relación individuo-grupo, técnicas de relajación, estimulación cognitiva, el uso del tiempo libre, la problemática de los cuidadores, las relaciones intergeneracionales, los proyectos de vida, la nueva normalidad, entre otros. De forma simultánea

dichos temas permitían evocar escenarios personales, que de ser necesario o muy complejos, pasaban a recibir una atención personalizada por la misma vía de comunicación.

El discurso de los participantes reveló el diapasón de respuestas ante fenómenos similares, pero con significaciones y connotaciones heterogéneas. Durante la pandemia, los que contaban con mejores recursos materiales, simbólicos y espirituales fueron capaces de implementar formas saludables de ser/estar.

Durante el proceso, las narrativas mostraron con claridad los nudos existenciales que las condiciones pandémicas exacerbaban en este grupo etario. Articular la enfermedad y la muerte en la vida cotidiana fue una constante. Unos vivenciaron bloqueos emocionales e inmovilismo ante el temor y la angustia, algunos emitieron comportamientos negligentes, amparados en experiencias previas de sobrevivencia, y otros lograron un balance entre los cambios y la capacidad de afrontar las crisis.

La percepción del aislamiento se resignificó como oportunidad de elaborar aprendizajes en medio de las adversidades vividas, así como la posibilidad de reajuste a nuevas rutinas por la capacidad de resiliencia y de contar con diversos recursos.

Uno de los aspectos de mayor impacto en los coordinadores lo constituyó la aparición de actitudes, expresadas tanto por mayores como por cuidadores de los mayores, de prohibición de algunas familias y de pautas a seguir emitidas por los hijos para sus padres, en aras de cuidarlos, pero ignorando sus sentidos de responsabilidad y autonomía.

Entre las problemáticas más frecuentes al inicio de la pandemia estuvieron:

- Expresiones demostrativas de poca percepción del riesgo o, por el contrario, sobredimensionadas.
- Temores vinculados al riesgo de la vida por la acción del virus asociado a otras enfermedades.
- Miedo, en el caso de vivir solos, de presentarse alguna situación de invalidez.
- Preocupaciones ante la complejidad de la situación doméstica, relacionadas con la búsqueda de alimentos y de medicamentos.

- Alteraciones del sueño y tendencia a la autome-dicación.
- Desconcierto ante el mal manejo de algunas fami-lias al imponer las medidas de aislamiento.
- Necesidad de reestructurar las rutinas diarias, sobre todo cuando se trata de personas mayores muy socializadas y acostumbradas a pasar mu-cho tiempo fuera de casa.
- Con frecuencia, expresiones acerca de la sobre-carga producida en la convivencia familiar, más aún en las mujeres mayores, junto a la incertidum-bre del tiempo a transcurrir.
- Necesidad de espacios propios y de empleo del tiempo libre.

Las manifestaciones ante la COVID-19 en adultos mayores han sido múltiples, lo que señala que, aunque la situación real es similar para muchos, la apropiación, representación y significación de ella es diferen-te para todos.

A medida que fue transcurriendo el tiempo de pandemia, también fueron emergiendo posibilidades de reajuste a nuevas rutinas, debido a la capacidad de resiliencia y la solidaridad como forma de acom-pañamiento, a través de llamadas a familiares, amis-tades, vecinos, creación e integración a grupos de WhatsApp de familias y amigos, preocupación de los familiares que estaban lejos sobre la mejor manera de acompañarlos y cuidarlos desde la distancia.

Las personas mayores identificaron sus propias redes de apoyo, su valor y su significado, las necesi-dades urgentes de reincorporación a los círculos de abuelos, cátedras del adulto mayor y gestiones y pro-yectos comunitarios, la percepción del aislamiento como oportunidad para el aprendizaje en medio de las adversidades, la expresión de la responsabilidad propia ante las condiciones actuales y el compromiso como forma de reducción del contagio, así como, para el caso de los cuidadores, la expresión de necesida-des de autocuidado en condiciones de sobrecarga.

Tales circunstancias resultaron sin dudas viven-ciadas de forma diferente entre mujeres y hombres mayores, dado sus roles, aun tradicionales, como la

sobrecarga de la mujer esposa, madre, abuela y cui-dadora de familia en situación de confinamiento. Sin embargo, se han producido también expresiones constatadas del buen vivir y el bienestar en mujeres mayores durante el presente periodo. Son aquellas que han defendido y ganado espacios y tiempos para sí mismas, que han aprendido a autocuidarse física y mentalmente, que ejercen la abuelidad de manera res-ponsable, sin sacrificios, que han logrado ser aserti-vas y reconocer sus límites, que han reorganizado sus recursos y fortalezas para afrontar las crisis y, sobre todo, han detentado el derecho a la autoprotección y a una calidad de vida adecuada y satisfactoria.

Ante el esfuerzo humano de transitar lo mejor posible por los retos que impone esta pandemia, las adultas mayores deben tener responsabilidad propia en su autocuidado y preservar su salud física y psi-cológica, para así lograr un envejecimiento activo y saludable. Reforzar las experiencias, capacidades y saberes adquiridos a lo largo del curso vital es una estrategia adecuada para seguir viviendo como mujer mayor en tiempos de coronavirus.

Entre las respuestas surgidas como formas de reestructuración se encuentran aquellas que eviden-cian la capacidad de aceptar la incertidumbre y la novedad de las circunstancias (las cosas nuevas y diferentes pueden remover rutinas, pero a la vez en-señarnos), las que muestran la posibilidad de relativi-zar los pensamientos colocándolos en perspectiva (lo que está sucediendo no es bueno, pero puede ser pa-sajero, hoy es un día y mañana será otro), las que han asumido responsabilidad propia ante sus comporta-mientos, pensamientos y emociones (no puede cam-biarse lo que está pasando pero sí se pueden aliviar sus efectos negativos), las que han reajustado creen-cias, conceptos, ideas y modos de hacer habituales ante las circunstancias actuales (antes hacía las co-sas de una forma, ahora se hacen según sea mejor o como mejor funcione) y han aprovechado la sapiencia adquirida y construida a lo largo de la vida e imple-mentado todo lo que les es útil (en otros momentos han pasado situaciones difíciles y de ahí se aprende a perseverar y a tomar lo positivo de lo que sucede).

Por otra parte, en el monitoreo de la comunicación mantenida con los profesores y cursantes de la cátedra, si bien ninguno estuvo contagiado con el virus en las primeras oleadas, sí tuvieron a familiares cercanos hospitalizados o bajo vigilancia epidemiológica. En sentido general, sus inquietudes se pueden ordenar. Primero la preocupación por la salud propia y la de su familia; en segundo lugar, mantener la disciplina personal como ejemplo para la familia; en tercer lugar, la puesta en práctica de conocimientos aprendidos en la cátedra; y en cuarto lugar, la necesidad de volver a las aulas, junto a la preocupación por gestionar locales más amplios donde poder mantener el distanciamiento físico orientado, y muy especialmente, rescatar los vínculos grupales propiciados en las denominadas familias pedagógicas, conformadas en las aulas de mayores. De ahí que se confirma la necesidad de la comunicación entre coetáneos y la existencia de la cátedra como un grupo humano convertido en red de apoyo.

A partir de la triangulación de las informaciones claves recabadas, se logró crear un observatorio psicogerontológico en tiempos de pandemia. Miedos, angustias, cercanía a la muerte, incertidumbres, que si bien forman parte de una diversidad de vivencias, también se lograron agrupar de acuerdo con las tendencias vinculadas a factores protectores, redes de apoyo, recursos de afrontamiento, impactos en la autonomía, cambios en la vida cotidiana, así como significativas posibilidades de reajuste por capacidad de resiliencia y resignificación de factores estresores.

Se constató igualmente la certidumbre, como personas mayores cubanas, de la atención médica en caso de contagio, a diferencia de otros países. Se revelaron, además, urgentes necesidades de enrutar campañas de buen trato, debido a la adopción de medidas restrictivas de algunas familias hacia los mayores y de mensajes infantilizadores y paternalistas a través de los medios, en aras de la protección. Los resultados fueron presentados a la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica del MINSAP para que formara parte de la información a entregar a la dirección del país.

En sentido general, se presentaron reacciones diversas de las personas mayores ante la pandemia, las que han estado ligadas a sensaciones displacenteras por el confinamiento y el aislamiento físico, entre las que pueden mencionarse:

- El sentimiento de soledad.
- La sobrecarga doméstica asociada a labores de cuidado (sobre todo en mujeres).
- Los procesos de autofragilización vinculados con una infravaloración de las capacidades propias.
- Las quejas derivadas de dificultades en la convivencia familiar.
- El desgaste de los recursos físicos, psicológicos y materiales ante exigencias externas sostenidas en el tiempo.

En el contexto del presente análisis cabe concluir que, si en la última década y antes de la pandemia, el foco de atención hacia las personas mayores lo había sido el llamado envejecimiento activo y saludable, ya en la pandemia el foco se trasladó definitivamente hacia la vulnerabilidad de las personas mayores, inicialmente la biológica, con riesgo para la vida y después la inducida culturalmente, con riesgos para los procesos de autonomía en estas personas.

Se hace necesario rescatar la imagen ciudadana y participativa de los mayores, preparar la continuidad del desarrollo de las ciencias del envejecimiento en situación pospandemia, al haberse asentado en las mentes de los propios mayores, sus familias y hasta en la de los especialistas, la vejez como una edad de fragilidad y dependencia. Resulta imprescindible revocar la visión de vulnerabilidad perenne y homogénea de los adultos mayores para lograr un mejor diseño de las acciones e instrumentar otras encaminadas a consolidar su posicionamiento como sujetos de derecho.

En ese sentido, las acciones de la cátedra han seguido encaminadas a reforzar mensajes de salud mental como premisa, hacia el respeto a la autonomía, el derecho al ocio, al desarrollo personal; rescatar la importancia de la comunicación en las redes de coetáneos y la inserción de una visión de proyecto personal y comunitario, a rescatar una vez que mejore la situación sanitaria.

Los resultados se han presentado en paneles *online* coordinados con varias instituciones, en eventos dedicados al tema convocados por la Universidad Nacional Autónoma de México, con la Red Interdisciplinaria de Psicogerontología (REDIP), la Universidad de Costa Rica, la Universidad de Concepción, Chile, así como con la Red Continental de Asociaciones de Mayores de América Latina y el Caribe en Ecuador, la Caja de Compensación de Colombia, la Federación Internacional de Asociaciones de Personas Mayores (FIAPA) y la Asociación Internacional de Universidades de Tercera Edad (AIUTA), estas últimas con sede en Francia.

Junto al Centro de Investigaciones sobre Envejecimiento, Longevidad y Salud (CITED) y el Departamento de adulto mayor, asistencia social y salud mental del MINSAP, y en la realización del curso “Derechos humanos de las personas mayores: Conocimientos para el análisis y para la acción”, organizado por la CEPAL, se presentaron las conferencias “Salud mental en las personas mayores ante la pandemia” y “Construcción del observatorio psicogerontológico”. El curso fue organizado por la sede subregional de la CEPAL en México, la sede regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), con el propósito de fortalecer los conocimientos y habilidades para promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores, durante la respuesta y recuperación de la pandemia por COVID-19. Estuvo dirigido a funcionarios de instituciones gubernamentales de América Latina y el Caribe que trabajan con personas mayores.

En este sentido y muy estrechamente vinculada a la labor desarrollada, la cátedra fue seleccionada por la Asociación Cubana de Naciones Unidas para representar a Cuba en la 11ª Sesión del Grupo de Trabajo

de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, en las Naciones Unidas.

Como miembros de la Red Cubana de Estudios de Cuidados y de la Red de Políticas Sociales de la Universidad de La Habana, se han instrumentado a nivel de país programas de capacitación. La cátedra ha publicado en revistas nacionales e internacionales sus investigaciones y experiencias y se han discutido varias tesis de diplomas sobre bienestar subjetivo en los mayores durante la COVID-19 y sobre los entornos amigables hacia los mayores desde la mirada de los jóvenes.

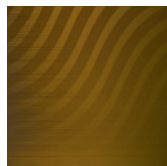
Diversas han sido las intervenciones en los medios, fundamentalmente en Cubadebate y en programas televisivos informativos. A su vez, se asesoraron y grabaron nueve programas acerca de las personas mayores durante la COVID-19, para la programación del Canal Educativo en la temporada de verano denominado “Sigo Aquí”. Sus temáticas fueron: vulnerabilidad, edadismo, uso de las redes, familia, ordenamiento económico, geroridad, arte, resiliencia y aprendizajes durante la pandemia.

A lo largo de todo este periodo, los psicólogos relacionados con el perfil y el quehacer gerontológico se han alistado para la atención en salud mental, tanto de las personas mayores como de sus cuidadores.

Lo aquí expresado constituye una de las experiencias, en este caso vinculada a la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, pero muchas más se han llevado a cabo en todas las provincias.

Es una necesidad la creación de una plataforma que continúe trabajando por entornos más amigables y por el envejecimiento autónomo, activo y participativo, desde lo diverso y lo inclusivo, y lo más importante, como parte de la trama social del país, por una cultura gerontológica libre de discriminación, de exclusión, edadismos y paternalismo.





Protocolo de atención

Luis Felipe Heredia Guerra, Lilliam Rodríguez Rivera

El reporte de las autoridades de salud de China el 31 de diciembre de 2019 de 27 casos con un síndrome respiratorio en la provincia de Hubei, causado por un nuevo coronavirus (2019-nCoV), que en febrero de 2020 se denominó SARS-CoV-2, con rápida propagación de manera progresiva en otros países de Asia y regiones del mundo, llevo a que la Organización Mundial de la Salud declarara una emergencia de salud mundial el 30 de enero del 2020 y una pandemia el 11 de marzo de 2020. Esta situación transformó la vida, el escenario y los riesgos muy rápido, fundamentalmente en las personas mayores, las que desde el inicio fueron el grupo de edad con mayor número de fallecidos.

En varios países, algunos dentro del llamado “primer mundo”, cientos de ancianos fallecieron sin los recursos de salud necesarios para tratar la enfermedad y sus complicaciones, tanto los residentes en sus hogares como en las instituciones. La realidad en Cuba fue otra, en la atención a las personas mayores durante la pandemia por COVID-19 el sistema de salud pública cubano implemento un Protocolo Nacional de Actuación con alcance nacional que contribuyo a la prevención, el control, la atención pormenorizada de los casos, así como la protección de toda la población; perfectible en muchos aspectos, pues se trataba de una enfermedad inédita en el mundo. Fue necesario realizar continuas revisiones y modificaciones, según reportes clínicos, epidemiológicos y terapéuticos, lo que permitió a todos los profesionales de la salud trabajar con eficiencia, unidos a todo el pueblo y el Gobierno del país.

Desde enero de 2020, el Consejo de Ministros elaboró y aprobó un plan para la prevención y control del coronavirus, cuando todavía no era una amenaza en nuestra área geográfica; por eso, cuando Cuba confirmó el primer caso, se implementó una estrategia de trabajo intersectorial con criterios científicos, donde se tuvo en cuenta el envejecimiento de la población, el cambio en el perfil epidemiológico de la población mayor de 60 años, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas de las personas mayores, las condiciones de salud según los determinantes asociados a mayor riesgo por la edad, y el acceso a sistemas adecuados de protección, con independencia, con el nivel de desarrollo existente, solvencia económica y recursos humanos y materiales, capacidades científicas y solidez estatal.

Liderado por el Ministerio de Salud Pública, se prepararon, articularon y organizaron estrategias, planes y protocolos, dando prioridad al cuidado y protección de los adultos mayores y su riesgo de contagio, así como minimizando los efectos negativos en caso de enfermar; y brindar la mejor atención a la salud de la población de 60 años y más (fig. 5.1).



Fig. 5.1. Modelo cubano para el enfrentamiento a la COVID-19. Fuente: MINSAP.

Estas medidas responderían adecuadamente a las necesidades de las personas mayores en un sistema de salud universal. Las autoridades de salud pública, con una adecuada preparación sobre gestión de riesgos y una capacidad para reconocer e identificar las señales que puedan anticipar una situación de crisis, en una cultura de prevención de salud, lucharon contra la desinformación, incentivaron las investigaciones científicas y las innovaciones, para con mejores datos y respuestas, actualizar el Protocolo Nacional de Atención para la COVID-19.

Aunque toda la población tiene el riesgo de infección por el coronavirus (SARS-CoV-2), las personas mayores, principalmente los frágiles con múltiples morbilidades, tienen el mayor riesgo de agravarse y un riesgo incrementado de aparición de secuelas secundarias al propio estado del paciente, a los

tratamientos utilizados, así como a la estancia hospitalaria. Por esta razón, los especialistas en Gerontología y Geriátrica tienen un papel relevante en la coordinación asistencial con la atención primaria de salud y en la atención especializada e individualizada a las personas mayores, así como con la atención secundaria o terciaria, con una diferenciación de regulaciones y guías de actuación. Ejemplo, es que el ingreso hospitalario y el tratamiento de todos los pacientes confirmados adultos mayores se realiza en las salas para los casos de alto riesgo (Sala de Vigilancia Intensiva) o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de acuerdo al estado y clasificación del paciente.

Las salas de vigilancia intensiva para casos de alto riesgo, con la atención de médicos especialistas o residentes de Geriátrica o de otras especialidades clínicas con entrenamiento en atención geriátrica, permitan:

- Realizar acciones encaminadas a lograr el mayor efecto en la disminución de la gravedad y la letalidad.
- Garantizar la atención a las comorbilidades y explorar su grado de control, lo que contribuiría al éxito del tratamiento para la COVID-19.
- Reforzar las medidas de protección.
- Vigilar la aparición de signos de alarma o de empeoramiento del cuadro clínico, teniendo en cuenta que, además de las principales formas clínicas de presentación del COVID-19, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud, los pacientes ancianos, fundamentalmente los que padecían comorbilidades y los inmunodeprimidos, podían presentar signos atípicos, como manifestaciones digestivas (náuseas, vómitos y diarreas) y cuadros clínicos prácticamente indistinguibles de otras afecciones o que tenían formas de presentación de uno o varios de los síndromes geriátricos, como:
 - Alteraciones conductuales y neuropsiquiátricas en adultos mayores: depresión, ansiedad, demencia.
 - Trastorno neurocognitivo mayor: confusión aguda y trastornos del sueño, entre otros, provocando síntomas y signos como ideas delirantes, agitación psicomotriz, agresividad, deambulación sin rumbo, irritabilidad.

El equipo asesor de Geriátría propuso para el protocolo cubano incluir en las medidas farmacológicas de las personas mayores, la no utilización de fármacos con acción anticolinérgica, como los antidepresivos tricíclicos, ni benzodiazepinas de larga duración, con recomendación de un grupo de acciones; las que se transcribirán como aparecieron en el protocolo, por su efecto científico asistencial en la atención de los adultos mayores durante la pandemia (tabla 5.1).

Con el objetivo de mantener la vigilancia epidemiológica e identificar de forma temprana los casos sospechosos de COVID-19 se desarrolló la pesquisa activa diaria en la comunidad, con énfasis en las zonas de riesgo y a grupos vulnerables como las personas mayores, destacándose la labor desarrollada en esta tarea por los estudiantes de ciencias médicas, junto a sus profesores y el personal de la APS; además de la autopesquisa virtual.

Fue muy importante, en el protocolo cubano de actuación en salud para personas mayores, la independencia en el uso de medicamentos. A los pacientes asintomáticos de bajo riesgo, ingresados en una institución hospitalaria o en las instituciones donde

se crearon las condiciones de hospitalización para los cuidados básicos, se les administró Heberferron; a todos los pacientes adultos mayores asintomáticos considerados de alto riesgo se les realizó el índice neutrófilos/linfocitos, cuando su valor era de cuatro o mayor, se valoró la introducción de los antiinflamatorios, como el Ac monoclonal Itolizumab (Anti CD 6). En la asistencia médica a los adultos mayores durante la pandemia por COVID-19, dentro de esta independencia medicamentosa, fueron importantes los productos cubanos de medicina natural y tradicional, los que se utilizaron en las salas de aislamiento hospitalario para pacientes sospechosos que procedían de centros psicopedagógicos, hospitales psiquiátricos de crónicos, centros de protección social y hogares de ancianos con condiciones especiales de bioseguridad y régimen de cuarentena. No se permitieron visitas ni acompañantes a los pacientes y se cumplían de manera estricta las medidas de protección individual y personal asistencial; de acuerdo con el estado del paciente y las comorbilidades, recibían apoyo psicológico, cuidados, asistencia médica y de enfermería.

Tabla 5.1. Recomendaciones farmacológicas para la atención a pacientes geriátricos con COVID-19 incluidas en el protocolo

Fármaco	Dosis habitual	Interacción lopinavir/ritonavir	Interacción cloroquina/hidroxicloroquina	Observación
Haloperidol (A) Quetiapina (A)	1-2,5 mg oral o i.m. 200-400 mg	Aumenta intervalo QT en el electrocardiograma	Aumenta efecto del haloperidol Neutropenia	Alto riesgo, incluso a dosis bajas. Riesgo de <i>torsades pointes</i> y muerte Debería evitarse o administrar a dosis reducida. Vigilar ECK, mareos, palpitaciones, cefalea, disnea o síncope Dosis máxima: 0,5 mg/día Buena opción
Risperidona (B)	1,25-3 mg/día	Aumenta intervalo QT y efecto de la risperidona	Aumenta efecto de la risperidona	Recomendada dosis de inicio 2,5 mg, aumento progresivo de 2,5 mg hasta 15 mg/día
Olanzapina (D)	2-15 mg/día	Disminuye niveles de olanzapina, necesario ajuste de dosis	Aumento QT incierta	
Carbamazepina (A)	100 a 1200 mg/día	Aumenta metabolismo de lopinavir	Disminuye efecto carbamazepina	Descontinuar, no iniciar Si imprescindible

También caracterizó al protocolo de actuación cubano ante la COVID-19 la interdisciplinariedad con las demás especialidades médicas, como:

- Nutrición clínica:
 - Lograr una intervención nutricional temprana para mejorar el pronóstico.
 - Aumentar la capacidad de respuesta adaptativa con inmunidad alterada.
 - Reducir con efectividad las complicaciones.
 - Mejorar los resultados clínicos.
 - Disminuir la mortalidad y la estadía hospitalaria.
 - Disminuir los costos directos e indirectos de la atención en salud.
 - Establecer programas de seguimiento de la condición nutricional de los adultos mayores al egreso hospitalario. La estancia hospitalaria aumenta la pérdida de masa muscular, afecta la actividad física y el estado mental y cognitivo de estos pacientes sobrevivientes de las unidades de cuidados intensivos.
- Medicina física y rehabilitación. Muchas de las personas mayores convalecientes de la COVID-19 presentan debilidad muscular, fatiga al esfuerzo físico y disminución de la capacidad ventilatoria, por lo que se indica la rehabilitación física con un programa de tratamiento personalizado que debe realizarse por los fisioterapeutas de las salas de rehabilitación integral de cada policlínico, en el domicilio del paciente o en el servicio, con entrenamiento aeróbico, entrenamiento de la fuerza muscular, ejercicios de coordinación y equilibrio y fisioterapia respiratoria.
- Nefrología. La enfermedad renal crónica (ERC) en sus diferentes etapas es de alta prevalencia en las personas mayores y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de formas graves de COVID-19 y complicaciones en su evolución. Los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable por las comorbilidades y la inmunosupresión asociadas. Por otra parte, un número importante de pacientes adultos mayores, que enfermaron de COVID-19, desarrollaron daño renal agudo en el contexto de la enfermedad o como consecuencia del tratamiento aplicado.

Las medidas preventivas y terapéuticas para grupos vulnerables dentro de las propias personas mayores y sus contactos están dentro de las más nobles, humanas y sensibles actuaciones del protocolo cubano. Para todos los residentes en centros de protección social y psicopedagógicos, a los mayores de 40 años, a la población mayor vulnerable seleccionada en zonas donde se declararon eventos, y a los residentes de hogares de ancianos, se desarrolló la intervención con la aplicación de Biomodulina T®. Los fundamentos de esta intervención se explican en el acápite siguiente.

Un ejemplo de la eficacia de las medidas tomadas en Cuba, las que, como a toda la población, favorecieron a las personas mayores, es que, de conjunto con el cumplimiento de las medidas orientadas: lavado de manos, uso de mascarilla, distanciamiento; también estuvo la efectividad, seguridad e inmunogenicidad de las vacunas cubanas anticovid.

Es importante destacar en el protocolo cubano el seguimiento de los pacientes después del alta, con acciones del Equipo Básico de Salud. Se realiza la Escala geriátrica de evaluación funcional y la Escala de fragilidad a todo adulto mayor egresado por COVID-19 en las primeras 24 h, con actualización de la evaluación nutricional y remisión a consulta de Geriátrica en la APS a todos los pacientes que requieren esta atención, identificados por el Grupo Básico de Trabajo, o aquellos con presencia de síndromes geriátricos que puedan afectar su calidad de vida.

Durante la pandemia, todos los centros de residencia, atención social y cuidados a largo plazo de personas mayores tienen asegurado la continuidad del cuidado y el correcto funcionamiento de la institución, con atención por parte del equipo de salud, los medicamentos que requieren de acuerdo a sus enfermedades de base, un adecuado control de las enfermedades crónicas y las medidas recomendadas para evitar enfermar del virus. Los centros de larga estadía para personas mayores presentaban características de riesgo para la propagación de la infección, como la convivencia estrecha y la vulnerabilidad de sus residentes; por lo que el Ministerio de Salud Pública y su Dirección de atención al adulto mayor, discapacidad y

salud mental, confeccionó un plan para la prevención y control del nuevo coronavirus en hogares de ancianos, con el objetivo de emitir recomendaciones prácticas que permitieran guiar al equipo de trabajadores de cada hogar y que estos pudieran poner en práctica un plan de contingencia para enfrentar la pandemia. Se les proporcionó un documento guía para cumplir sus funciones en el enfrentamiento a la pandemia, las que cumplieron con el trabajo altruista de todos los trabajadores de estos hogares de ancianos.

Fue novedoso y de efectiva aplicación en la práctica clínica el Protocolo de Atención. En las salas de cuidados subagudos en condiciones de cuarentena de los hogares de ancianos se realizaba el seguimiento a los casos sospechosos y en régimen de aislamiento, la observación clínica y la vigilancia epidemiológica con medidas de protección individual y medios individuales para la protección sanitaria, la contención de la contaminación en pacientes y en el personal asistencial, estos últimos con la preparación necesaria en el Protocolo de Actuación. También se ingresaban pacientes con enfermedad crónica descompensada.

Las personas mayores también fueron protagonistas en la aplicación del Protocolo de Atención. Los de mayor capacidad intrínseca y funcional fueron cuidadores de familiares, niños, personas en situación de discapacidad física o mental, personas más longevas, pacientes con deterioro cognitivo; mientras otros miembros de la familia o el cuidador principal, cumpliendo lo establecido en el Protocolo de Actuación Nacional, tuvieron que ingresar en los centros de aislamientos para personas sospechosas de COVID-19, eran contactos directos de enfermos o tuvieron que ingresar en centros hospitalarios por ser positivos al virus. Aprovecharon su experiencia, conocimientos y voluntariedad para ayudar a resolver los problemas familiares de forma activa.

La no discriminación por edad es importante en Cuba a la hora de tomar decisiones, lo que se evidenció en el cumplimiento de este protocolo. Es un factor clave en el cumplimiento de los objetivos y metas del Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19, así como para lograr la baja tasa de infección por el coronavirus SARS-CoV-2 en las personas mayores, en estos tiempos en que todavía persiste la pandemia.





Experiencias previas con el uso de Biomodulina T®

Mary Carmen Reyes Zamora

Biomodulina T® es un producto cubano inmunomodulador biológico de origen natural, no hemoderivado, aprobado para uso por las vías intramuscular y endovenosa e incluido en el cuadro básico de medicamentos de Cuba. Es un extracto de timo bovino que contiene fracciones específicas, incluidos polipéptidos de bajo peso molecular y hormonas tímicas. Debido a la alta homología de estos polipéptidos entre las diferentes especies de mamíferos los componentes son completamente funcionales cuando se administran a humanos. Obtuvo el registro sanitario en 1994, en el año 2008 la titularidad del registro pasa al Centro Nacional de Biopreparados (BioCen), perteneciente a la OSDE BioCubaFarma.

El timo es un órgano que desempeña un papel vital en el sistema inmune, al producir y secretar un conjunto de polipéptidos y hormonas que actúan en la diferenciación de las células T, asegurando el desarrollo normal de los mecanismos de inmunidad timo-dependientes celular y humoral, y particularmente la maduración y diferenciación de linfocitos T. Es un órgano que disminuye de manera fisiológica con la edad.

Los extractos de timo, como Biomodulina T®, han evidenciado actividad sobre fases de maduración, desarrollo, proliferación y actividad citotóxica de las células T. También han mostrado evidencia de estimulación no específica de la actividad fagocítica y citotóxica de otras células, aumento del cociente de células T CD4+/CD8+ y mejora del balance entre citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias.

La acción citorestauradora e inmunomoduladora de Biomodulina T®, al estimular la mitosis linfoblastoide y normalizar la diferenciación de los linfocitos T, puede compensar el déficit inmunopático asociado al envejecimiento denominado inmunosenescencia, que afecta a casi todos los componentes y funciones de la respuesta inmune (innatos y adaptativos) y contribuye a una mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, neurodegenerativas, cardiovasculares y cáncer, con mayor prevalencia en adultos mayores.

Las investigaciones clínicas iniciales con Biomodulina T®, como inmunomodulador en pacientes de edad avanzada, demostraron que mejora los parámetros de inmunidad celular y disminuye la incidencia de infecciones respiratorias y herpéticas. Desde hace unos años, el BioCen lleva a cabo un programa de desarrollo clínico, con el objetivo de expandir

las indicaciones clínicas actuales de Biomodulina T[®], realizando ensayos clínicos controlados y aleatorizados en varias inmunopatologías, las que pueden beneficiarse de la acción farmacológica documentada de este producto, así como otros que se derivan de las observaciones clínicas o estudios piloto. Se evalúan esquemas de dosis diferentes a las reflejadas en el prospecto.

En el año 2019 se publican por primera vez los resultados de los cambios en las poblaciones linfocitarias de pacientes ancianos tratados con Biomodulina T[®], evaluados por técnicas modernas como la citometría de flujo. Se reportaron los hallazgos relacionados con el aumento después de la administración de Biomodulina T[®], de células T naïve CD4+, de (SCM)T (células T CD8+ similar a las células madre de memoria), de (RTE)T (células T CD4+ recientemente emigradas del timo) y de células T vírgenes CD4+CD31+; mientras que las células T CD4+ y CD8+ que expresan PD1 disminuyeron después del tratamiento; mejoró la capacidad proliferativa de las células T CD4+, medida por la expresión de Ki67, y la capacidad de las células TCD4+ para producir IFN-γ; no aumentaron las células Tregs. Estos hallazgos sugieren que la administración de la Biomodulina T[®] es una estrategia prometedora para la restauración inmune en pacientes de edad avanzada y la mejora del potencial inmunoterapéutico en adultos mayores con cáncer.

Uso de Biomodulina T[®] en la pandemia de COVID-19

En este contexto de investigaciones y uso del producto, comienza la pandemia de COVID-19 en Cuba y, como ya se dijo antes, los datos epidemiológicos evidenciaron que la mayor edad es uno de los factores de riesgo asociados con gravedad y fallecimientos, y donde la inmunosenescencia desempeña su rol en la mayor ocurrencia de complicaciones de estos pacientes. El tratamiento, desde un escenario preventivo con Biomodulina T[®], es una estrategia con fundamento científico en el propio mecanismo de acción del producto.

Biomodulina T[®] no es considerado un medicamento anti-COVID-19, no es una vacuna que va a impedir que el individuo se infecte, pero sus efectos inmunomoduladores pueden mejorar el estado inmunológico de los adultos mayores y, por lo tanto, hacer que estos estén mejor preparados para afrontar la infección de un virus como el SARS-CoV-2 y tener menor riesgo de complicaciones y de mortalidad. El uso de Biomodulina T[®] se propone y aprueba muy tempranamente para el enfrentamiento a la pandemia por COVID-19 por parte del Comité de Innovación del MINSAP, desde un escenario preventivo en adultos mayores en Cuba.

Se llevaron a cabo varios ensayos clínicos y estudios de intervención con el producto. Para estas investigaciones clínicas se protocolizaron dos esquemas de tratamiento consistentes en uno o dos bulbos semanales, por seis semanas. De estos dos esquemas se conocían los efectos sobre el sistema inmune, evaluados por citometría de flujo. Se partió además del análisis racional de la estratificación del tratamiento, que permitió tratar a un mayor número de adultos mayores, pero a su vez utilizar mayor dosis en aquellos con deterioro de la función inmunológica, los que, por consiguiente, tenían más riesgos de complicaciones y de muerte a causa de la infección de COVID-19.

Subgrupo 1 (pacientes de mayor riesgo). Se administró un bulbo por vía intramuscular, dos veces por semana, durante 6 semanas. Este grupo incluyó pacientes que cumplieron al menos uno de los siguientes criterios:

- Ancianos frágiles.
- Alta comorbilidad (índice de Charlson mayor de tres).
- Antecedentes de al menos una de las siguientes entidades:
 - Enfermedades cardiovasculares crónicas.
 - Asma.
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - Diabetes *mellitus*.
 - Hipertensión arterial.
- Evidencia clínica de inmunosupresión debido a la presencia de uno o más de los siguientes elementos:
 - Dos o más infecciones pulmonares (neumonía) en un año o un año consecutivo en los últimos dos años.

- Cuatro o más infecciones de oído (otitis) por año.
- Dos o más sinusitis severas por año o sinusitis de evolución lenta o persistente.
- Infección fúngica persistente (candidiasis o aftas) en la boca, la piel o las membranas mucosas.
- Infecciones virales recurrentes (herpes o condilomas).
- Abscesos recurrentes (acumulación de pus) debajo de la piel o en los órganos.
- Antecedentes de una o más infecciones profundas o graves.
- Diarrea persistente o crónica con pérdida de peso de causa desconocida.
- Enfermedades hematológicas de causa desconocida (anemia o citopenia).
- Dos o más meses tomando antibióticos con poca mejoría.
- Necesidad de antibióticos intravenosos para curar una infección.
- Tratamiento reciente con quimioterapia o radioterapia u otro tratamiento inmunosupresor.
- Desnutrición proteicocalórica.

Subgrupo 2 (menor riesgo). Un bulbo semanal por vía intramuscular. Este grupo incluyó pacientes que no cumplieron ninguno de los criterios anteriores.

La intervención más abarcadora comenzó el 3 de abril de 2020 en La Habana, y el 14 de abril se extendió a todas las provincias del país. Se realizó bajo el protocolo de un ensayo clínico fase IV o poscomercialización, con el objetivo de evaluar la seguridad y efectividad del uso de Biomodulina T® para la prevención de infecciones respiratorias, incluyendo COVID-19, en adultos mayores en instituciones sociales o de cuidados a largo plazo en Cuba. Se trató de un estudio multicéntrico, abierto, no controlado, no aleatorizado, para evaluar la seguridad y eficacia del uso de Biomodulina T®. Se llevó a cabo en condiciones de práctica médica habitual, en el contexto especial impuesto por la pandemia de COVID-19. Fue coordinado por el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento

y Salud (CITED). El protocolo fue revisado por el organismo regulador cubano (CECMED).

Se trataron más de 10 000 adultos mayores, de ellos 8938 residentes de 155 hogares de ancianos, lo que representaba el 92 % de todos los residentes en ese tipo de institución social en Cuba en ese momento (9715). El tratamiento de doce dosis fue completado por 8636 sujetos (90,5 %); se sumaron 133 residentes de 26 centros médicos psicopedagógicos (CMPP) mayores de 50 años, de los cuales 130 completaron el tratamiento (97,7 %) y todos los mayores de 60 años de los hospitales psiquiátricos del país, de los que, iniciaron el tratamiento 1149 pacientes y lo completaron 1048 (91,2 %). Fueron tratados, además, 198 residentes de seis centros de protección social de toda la isla.

Se evidenció una vez más el excelente perfil de seguridad del medicamento. Solo 16 residentes de hogares de ancianos presentaron reacciones adversas (RAM), de tipo decaimiento, fiebre y manifestaciones alérgicas cutáneas. No se reportaron reacciones adversas en los centros médicos psicopedagógicos y en el caso de los hospitales psiquiátricos se reportaron siete reacciones adversas de tipo fiebre y cefalea. Ninguna de estas RAM fue clasificada como grave y todas estaban descritas para el producto.

Luego de tres meses de iniciada la intervención, al cierre del mes de junio 2020, al comparar las cifras con los datos conocidos del primer trimestre del año, se evidenció en ese momento una reducción del 83 % de los ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias agudas (IRA), del 70 % de incidencia de IRA, del 47 % de la mortalidad general y del 42 % de la mortalidad por neumonía.

Cinco meses después de iniciada la intervención ningún adulto mayor institucionalizado en hogares de ancianos, que había recibido tratamiento profiláctico con Biomodulina T®, fue diagnosticado con COVID-19. Luego, en los meses de septiembre y octubre, se diagnosticaron dos casos en dos hogares, ambos asintomáticos, con evolución satisfactoria y sin que se detectaran otros casos positivos.

En septiembre 2020, en un evento de transmisión local en el Centro Médico Psicopedagógico La

Castellana de La Habana, enferman 18 residentes, de ellos cinco eran adultos mayores que habían recibido tratamiento con Biomodulina T®. Solo uno de ellos tuvo síntomas leves, ninguno estuvo grave o falleció por COVID-19, a diferencia de otros convivientes, menores de 60 años, que no habían recibido el tratamiento.

La intervención con Biomodulina T® en todas las instituciones sociales, junto con las medidas higiénicas y epidemiológicas establecidas en estas instituciones, significó sin duda un importante avance. Cuba mostró cifras muy diferentes de morbilidad y mortalidad por COVID-19 en ancianos institucionalizados en comparación con otros reportes internacionales, pese a la agresividad y a las complicaciones de algunas cepas que fueron apareciendo en el 2021, las que incrementaron la infección y algunos casos graves, y pocos fallecidos, comparados con población de la misma edad que no se habían tratado con Biomodulina T®. Gracias a los resultados obtenidos, se estableció por las autoridades del MINSAP, dentro del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, la administración de ciclos de tratamiento cada seis meses en todas las instituciones de cuidados a largo plazo del país.

Para poder incluir la indicación en el prospecto, anidado a la gran intervención se realizó un estudio multicéntrico, abierto, no aleatorizado y controlado para evaluar la eficacia y seguridad del nuevo esquema posológico de Biomodulina T® en la prevención de infecciones, entre ellas la COVID-19, en adultos mayores de dos hogares de ancianos (uno estatal y otro perteneciente a una orden religiosa). Participaron, igualmente, el CITED y el Instituto de Hematología e Inmunología (IHI). El Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC) fue el responsable del manejo de los datos y el procesamiento estadístico. Se incluyeron 160 adultos mayores cubanos, que cumplieron con los criterios de selección, de las instituciones participantes. A todos los pacientes se les administró tratamiento con Biomodulina T®, un bulbo (3 mg) intramuscular, dos veces por semanas por seis semanas. Se evaluaron variables de respuesta clínica en relación con infecciones respiratorias y otras, comparando el comportamiento de estas variables

antes del tratamiento (igual periodo del año anterior considerado como control histórico) y después del tratamiento, además de la incidencia de COVID-19 en estos pacientes. En una muestra de 30 pacientes seleccionadas al azar se evaluaron también parámetros inmunológicos, antes y después del tratamiento. Todos los pacientes fueron seguidos por un periodo de seis meses.

Este nuevo esquema posológico de Biomodulina T® evidenció una alta eficacia para la prevención de infecciones respiratorias altas y bajas en los adultos mayores de hogares de ancianos, al lograr el 70 % de disminución de la incidencia de estas infecciones en comparación con igual periodo del año anterior, cifra que duplica el 35 % establecido en la hipótesis del protocolo para considerar el tratamiento como efectivo.

Para las infecciones respiratorias se obtuvo un OR: 31.69; IC 95 %: 17.18-58.44. Se interpreta como que los pacientes, al recibir la Biomodulina T® tienen una probabilidad 31 veces mayor de no padecer infecciones respiratorias en relación con la probabilidad de no tenerlas si no reciben el tratamiento. Se puede afirmar que, con una confianza del 95 %, la verdadera probabilidad se encuentra entre 17,18 y 58,44 veces. Lo anterior es, sin duda alguna, un resultado muy favorable de este estudio.

El tratamiento con Biomodulina T® también repercutió en la disminución de infecciones genitourinarias y de piel y tejidos blandos, así como de todas las infecciones en general, sobre todo de etiología bacteriana; lo que trajo como consecuencia la disminución del uso de antibióticos en los pacientes del estudio. Durante los seis meses de seguimiento, ningún paciente fue diagnosticado con COVID-19, en lo que también desempeñó su papel el protocolo establecido en los hogares para la prevención de la enfermedad.

Los pacientes del estudio mostraron importantes signos de inmunosenescencia, fundamentalmente la disminución de los linfocitos B, linfocitos T y B vírgenes, y un aumento de células efectoras terminalmente diferenciadas. Además, se evidenciaron valores altos de linfocitos T doble positivos, sobre todo en los mayores de 80 años. El tratamiento con Biomodulina T® fue capaz de estimular el aumento del

cociente CD4+/CD8+, el número de linfocitos B, de linfocitos TCD4+ y CD8+ vírgenes, así como la capacidad de activación de la respuesta inmune, aunque no mostró efectos sobre las células efectoras terminalmente diferenciadas ni sobre la respuesta de anticuerpos. Se demostró que el tratamiento con Biomodulina T® no modifica los diferentes parámetros del hemograma completo. Los efectos sobre el sistema inmune del tratamiento con Biomodulina T® se evidencian por primera vez hasta seis meses después de iniciado, constituyendo la base de los resultados clínicos obtenidos. Se demostró la seguridad de la Biomodulina T® al no registrarse eventos adversos relacionados con el producto.

Actualmente, el CECMED evalúa la adición, al registro de la Biomodulina T®, de la indicación para la prevención de infecciones respiratorias, entre ellas la COVID-19.

También se realizaron varios estudios de intervención con Biomodulina T® en adultos mayores no institucionalizados, pero con elevado riesgo de infección debido a la situación epidemiológica que afrontaban sus áreas de residencia, cuando aún no se contaba con la vacunación anti SARS-CoV-2. Un ejemplo es el llevado a cabo en los municipios Arroyo Naranjo y Plaza de la Revolución de La Habana en el mes de septiembre de 2020. Se incluyeron 1904 adultos mayores, de ellos, 758 individuos de 60 a 80 años sin comorbilidades recibieron un bulbo semanal por seis semanas y 1146 ancianos, con igual rango de edad, pero con comorbilidades asociadas o mayores de 80 años, recibieron un bulbo dos veces por semana por seis semanas.

No se reportaron reacciones adversas con la administración del tratamiento. La intervención contribuyó a la disminución de la transmisión de la infección por COVID-19 en los adultos mayores, ya que ningún individuo que completó su esquema fue diagnosticado con COVID-19 durante las ocho semanas del estudio, pese a la compleja situación epidemiológica en estas comunidades. Con los dos esquemas de tratamiento, alrededor del 50 % de los tratados refirieron mejoría del apetito, de los dolores osteoarticulares y de los trastornos del sueño.

En octubre 2020, fueron tratados con Biomodulina T® (un bulbo semanal por seis semanas) 100 adultos mayores de la provincia Sancti Spíritus (66 féminas y 34 hombres), los cuales fueron seguidos por un periodo de seis meses. Después de aplicado el tratamiento se observó una mejoría de los trastornos del sueño en el 40 % de los individuos, seguido de mejoría del apetito en el 18 % y de una disminución de los dolores articulares en el 11 %. Solo tres pacientes interrumpieron el tratamiento (3 %), dos por abandono voluntario y uno por una neumonía no COVID-19. Además de esta IRA, solo otro paciente tuvo en una ocasión manifestaciones respiratorias. Ninguno de los tratados fue diagnosticado con COVID-19 durante el periodo del estudio. En la provincia de Matanzas durante los meses de abril a agosto de 2021, 1239 adultos mayores de 60 años recibieron un bulbo de Biomodulina T® intramuscular durante seis semanas y fueron seguidos por otras seis semanas. La utilidad de la intervención y sus posibles eventos adversos se evaluaron en función de la cantidad de adultos mayores que se infectaron con COVID-19 y la gravedad de los síntomas informados u observados. Solo 16 pacientes fueron diagnosticados con COVID-19 sintomáticos durante la intervención y un paciente murió a causa de COVID-19. La Biomodulina T® fue bien tolerada, solo se identificaron eventos adversos poco frecuentes, leves, transitorios y autolimitados, como dolor en el lugar de la inyección, decaimiento y cefalea. La incidencia de la COVID-19 entre la población que recibió el medicamento fue de 1291 por 100 000, inferior a la registrada en Matanzas en el mismo periodo de tiempo, 9441 por 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad en los pacientes que recibieron el fármaco de intervención (0,08 %) también fue mucho menor que la reportada en toda la provincia (0,81 %), la que incluye población no anciana.

En etapas tempranas de la pandemia en Cuba, el BioCen de conjunto con el Instituto Finlay de Vacunas y con la colaboración del Instituto de Hematología e Inmunología y del Centro de Inmunología Molecular, realizaron un estudio exploratorio controlado y aleatorizado en 60 adultos mayores para evaluar el efecto sinérgico en la estimulación de la respuesta

inmune de la administración secuencial de tres bulbos Biomodulina T[®], administrados en días alternos, más una dosis de VAMENGOC-BC[®]. Los resultados obtenidos no mostraron los beneficios esperados para la combinación, sin embargo, se demostró el efecto inmunopotenciador de Biomodulina T[®] sobre las subpoblaciones de linfocitos B y otras células inmunitarias, siendo el esquema de tratamiento de tres dosis una estrategia novedosa y específica para esta formulación, a partir de las que se proponen nuevas líneas de investigación en las que profundizar.

Los resultados de eficacia y seguridad de Biomodulina T[®] demostrados en estas investigaciones han sido publicados en revistas científicas de alto impacto, como la revista *Experimental Gerontology*.

Durante el pico de infección alta en el país, en el mes de agosto de 2021, con los cambios en el protocolo de atención y el ingreso en el hogar como parte de este protocolo de atención para los pacientes de bajo riesgo con COVID-19, se propuso utilizar el esquema de solo tres bulbos en ancianos que constituyan contactos intradomiciliarios de casos positivos. Una experiencia al respecto se identificó en la provincia de La Habana; al usarse la Biomodulina T[®] en mayores de 75 años, fundamentalmente, que convivían con pacientes de COVID-19 en ingreso domiciliario.

Por los excelentes resultados, tomando en consideración que los pacientes oncológicos son un grupo vulnerables para COVID-19, más aún los adultos mayores, y sobre la base de resultados de estudios previos, también se inició, y aún está en curso, un ensayo clínico exploratorio para evaluar el efecto y la

seguridad de Biomodulina T[®] para la estimulación de la respuesta inmune en adultos mayores con tumores sólidos, posquimioterapia, e identificar la relación de la respuesta inmune celular con el índice pronóstico de la Escala de evaluación geriátrica-oncológica o de riesgo de quimioterapia (escala CRASH) en los pacientes del estudio. Aunque este ensayo se diseñó tomando en consideración la mayor vulnerabilidad de estos ancianos oncológicos para COVID-19, sin lugar a duda se espera que los resultados del estudio traspasen la aplicación de este escenario.

Es justo reconocer la labor del BioCen durante los años de pandemia. En el caso específico de la Biomodulina T[®], el centro aumentó su capacidad productiva 10 veces como promedio, en relación con años anteriores. Eso fue posible por la entrega y el compromiso de sus trabajadores en aras de la salud del pueblo. Se reconoce también el trabajo incansable de todos los profesionales de la salud de los hogares de ancianos, centros psicopedagógicos, hospitales psiquiátricos, centros de protección social y de la atención primaria de salud de todo el país. Además de la labor de seguimiento de la dirección nacional, direcciones provinciales y municipales de atención al adulto mayor de nuestro Sistema de Salud Pública y el Centro de Investigación sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. Todos son héroes anónimos de este logro de la ciencia y la asistencia a las personas mayores, trabajo reconocido como Premio Nacional de Innovación y Ciencia de la República de Cuba 2020 y Premio Especial del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente al trabajo de mayor impacto social en el 2021.



Bibliografía

- Afonso-J, Sánchez O, Rodríguez M, García D, Cañete R. Biomodulina T: una nueva opción terapéutica contra la COVID-19. *Revista Médica Electrónica [Internet]*. 2021; 43 (6). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4422>
- Belaunde Clausell A, Lluís Ramos GE. Valoración geriátrica desde la atención hospitalaria. *Revista cubana de medicina militar*. 2020; 49(2):434-7. Disponible en: <https://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/513/444>
- Belaunde Clausell B; Torres Ojeda N; Lluís Ramos Guido E: Vejez en tiempos de aislamiento por la COVID-19 en Cuba *Revista cubana de medicina militar*, Vol. 50, No. 1 (2021). Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/966>
- Cañete R, Afonso JA, Brito K. The Effects of the Uncontrolled Use of Biomodulina T on the Severity of Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 Infection in Older Cuban Adults: An Open Label Evaluation. *Curr Ther Res Clin Exp*. 2022;96:100662. doi: 10.1016/j.curtheres.2022.100662. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8754455/>
- Centro de Estudios Demográficos. Demografía y COVID-19: diferenciales sociales de una pandemia. La Habana: CEDEM, 2020. Acceso en: 10 feb. 2021. Disponible en: <https://cuba.unfpa.org/es/publications/demograf%C3%ADa-y-covid-19-diferenciales-sociales-y-epidemiol%C3%B3gicos-de-una-pandemia>
- Chávez-Negrín L. El envejecimiento demográfico y sus impactos: Un proceso de significación estratégica para la sociedad cubana. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2018; 7(3). Disponible en: <https://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/353>
- Creagh Peña M, García Ones D, Valdés Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2015;14(6). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017
- Devesa E, García R, Rodríguez R, et al. La Biomodulina T como inmunomodulador en geriatría. Ensayo clínico controlado, fase II; CENCEC 1994.
- Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chin J Epidemiol*, 41(2), 145-151. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003
- Espin J, Cardona A, Miret I, González M. La COVID-19 y su impacto en la salud del adulto mayor. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, v. 8, n. 3, 2020. (Acceso 13 may 2022). Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/568/546>
- Fang W, Wahba S. Urban density is not an enemy in the coronavirus fight: evidence from China. *World Bank Blog*, 2020. (Acceso 15 abril 2022). Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/sustainablecities/urban-density-not-enemy-coronavirus-fight-evidence-china>
- García M, Capdevila V, Suárez R, Rodríguez L, Castro I. Efecto de la Biomodulina T sobre las infecciones respiratorias altas y la polifarmacia del anciano. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014;13(3):425-436. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/380>

- García M, Suárez R, Castro I, Santiago D, Alfonso I. Efecto terapéutico de la Biomodulina T homeopática con pacientes portadores de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2011;10(3):287-295. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1839>
- Giménez Rodríguez S. COVID-19 y personas mayores: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? (Web). Estados Unidos: The Conversation.com; 2020; acceso: 09/04/2022. Disponible en: <https://theconversation.com/covid-19-y-personas-mayores-puede-influir-el-aislamiento-social-en-la-enfermedad-137517>
- Hernández E, Marsán V, Casado I, Puga R, García D, Reyes MC, Chang A, Triana Y, Díaz G, Duarte Y, Macías C, Simón AM. Effect of Biomodulina-T® and VA-MENGOC-BC® on lymphocyte subpopulations in older adults. *Exp Gerontol*. 2021 oct. 1; 153:111497. doi: 10.1016/j.exger.2021.111497. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8310781/>
- Hernández E, Marsán V, Casado I. Inmunomodulación de Biomodulina-T® y VA-MENGOC-BC® sobre subpoblaciones linfocitarias de adultos mayores. *Rev Cub Hematol, Inmunol y Hemoter*. 2022; 38 (1):e1608 Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/1608>
- Huenchuan S, COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45316-covid-19-recomendaciones-generales-la-atencion-personas-mayores-perspectiva>
- Izquierdo Parnias T, editor. Infecciones por Coronavirus. Atención a pacientes y contactos. Guías y protocolos. La Habana: Infomed; 2020 [acceso 04/05/2020]. (Acceso: 15 abril 2022). Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/covid-19/manejo-de-pacientes-y-contactos/>
- Jiménez J. Uso de la Biomodulina T en pacientes geriátricos con sepsis respiratorias a repetición. Trabajo de diploma. Instituto de farmacia y alimentos. Universidad de La Habana. 2002.
- Lobaina-Rodríguez T, De-Armas-Rodríguez J, Rodríguez-Cabrera T, González-García G, Labrada-Rosado A, Rojas-Gattorno I, et al. Estrategia de ciencia, tecnología e innovación del Centro Nacional de Biopreparados frente a la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [Internet]. 2020; 10 (3) Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/917>
- Martín J. La cuarentena está siendo especialmente difícil en pacientes con un grado avanzado de demencia. (Web). Madrid: RTVE.com; 2020. acceso: 09/08/2020]. <https://www.rtve.es/noticias/20200318/confinamiento-para-enfermo-alzheimer-trastorno-mental-teneis-encerrada/2010344.shtml>
- Martínez, L. Exceso de confianza, brecha por donde se cuela la COVID-19. Obtenido de Presidencia Gobierno de Cuba (1 de agosto de 2020). Disponible en: <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/exceso-de-confianza-brecha-por-donde-se-cuela-la-covid-19/>
- Martínez, L. Por un ejercicio de pensamiento que transforme al país. Obtenido de Presidencia del Gobierno de Cuba (2 de agosto de 2020). Disponible en: <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/por-un-ejercicio-de-pensamiento-que-transforme-al-pais/>

- Martínez-Díaz E, Pérez-Rodríguez R, Herrera-Martínez L, Lage-Dávila A, Castellanos-Serra L. La industria biofarmacéutica cubana en el combate contra la pandemia de COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [Internet]. 2020; 10 (2) (Acceso: 15 abril 2022). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/906>
- Más Bermejo P, Vidal Ledo MJ, Baldoquín Rodríguez W, Seuc Jo AH, Guinovart Díaz R, Noriega Bravo V, et al. Organización de la investigación epidemiológica para la lucha antiepidémica contra la COVID-19 en Cuba. *INFODIR*. 2020 [acceso 09/05/2020];(32). Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/831>
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Coronavirus en Cuba. Información Oficial del MINSAP, 16 de febrero de 2021/11:59 pm. Acceso 17 feb. 2021. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/>
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. El Ministerio de Salud Pública toma medidas para reforzar el enfrentamiento a la COVID-19. La Habana: Minsap; 20 mar. 2020 [acceso 04/05/2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/el-ministerio-de-salud-publica-toma-medidas-para-reforzar-el-enfrentamiento-a-la-covid-19/>
- Ministerio de Salud Pública [CUB]. Obtenido de Protocolo de actuación nacional para la covid-19. (Acceso: 15 abril 2022). Disponible en: https://files.sld.cu/editorhome/files/2020/05/MINSAP_Protocolo-de-Actuaci%C3%B3n-Nacional-para-la-COVID-19_versi%C3%B3n-1.4_mayo-2020.pdf
- Molina M, Vázquez M, Dujarric G. La co-residencia familiar y la COVID-19 en La Habana. *Novedades en Población*, v. 16, n. 32, p. 33-54, 2020. (Acceso: 15 abril 2022). Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*, 2020. 323(18), 1775-1777. doi: 10.1001/jama.2020.4683. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763667>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases]. Ginebra, Suiza: OMS. 2018. Disponible en: <https://codigof.mx/es-hora-de-actuar-contra-las-enfermedades-no-transmisibles/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Década del Envejecimiento Saludable. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud OMS/OPS. La COVID-19 y adultos mayores, 2020. (Acceso: 15 abril 2022). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores>
- Orosa T, Sánchez L. Las personas mayores ante la COVID-19 y el dilema de la vulnerabilidad *Revista Temas, Covid 19 y Sociedad* [Internet]. 102-103: 46-52, octubre 2021. Disponible en: <https://www.nube.cult.cu/index.php/s/3z3xneQN9ebKM8M>

- Orosa T, Sánchez L. Vivir y pensar la vejez. Una bitácora ineludible. En Pañellas D, Irán I. editor. Cuba, Subjetividades en pandemia. La Habana: Editorial Acuario; 2021.p.299-320.
- Osier F, Ting JPY, Fraser J, Lambrecht BN, Romano M, Gazzinelli RT, et al. The global response to the COVID-19 pandemic: how have immunology societies contributed? *Nat Rev Immunol*. 2020 Oct;20(10):594-602. doi: [10.1038/s41577-020-00428-4](https://doi.org/10.1038/s41577-020-00428-4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7483049/>
- Portal Miranda JA, Morales Suárez I, Alfonso Sánchez IR. Aportes de las ciencias en el enfrentamiento a la COVID-19 [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/aportes-de-las-ciencias-en-el-enfrentamiento-a-la-covid-19>
- Saavedra D, Fuertes SA, Suárez GM, González A, Lorenzo-Luaces P, García B, et al. Biomodulina T partially restores immunosenescent CD4 and CD8 T cell compartments in the elderly. *Exp Geront*. 2019; 124: 110633. doi: [org/10.1016/j.exger.2019.110633](https://doi.org/10.1016/j.exger.2019.110633)
- Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM. Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(6):819-20. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764748>
- Suárez GM, Saavedra D. Biomodulina T May Restore Immunity in Older Adults. *MEDICC Review* July 2020;22(3):54-56. Disponible en: <http://mediccreview.org/biomodulina-t-may-restore-immunity-in-older-adults/>
- Triana Y, Marsán V, Macías C, Casado I, Hernández E, Díaz G, et al. Immunophenotypic characterization of double positive T lymphocytes in Cuban older adults. *Exp Gerontol*. 2021 sept;152. 111450. doi: [org/10.1016/j.exger.2021.111450](https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111450)
- Ugalde Pérez M, Jiménez Landín Y. Salud mental y adultos mayores en tiempos de COVID-19. La Habana: Sociedad Cubana de Psicología de la Salud; 2020.disponible en: <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/salud-mental-y-adultos-mayores-en-tiempos-de-covid-19/>
- Vialart Vidal MN, Vidal Ledo MJ, Pérez Matar R. Empleo de la salud móvil en Cuba para el enfrentamiento a la COVID-19, *Rev Cubana Salud Pública* 2020, 46 (Supl 1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500012
- Vialart Vidal MN, Vidal Ledo MJ, Sarduy Domínguez Y, Delgado Ramos A, Rodríguez Díaz A, Fleitas Estévez I, et al. Aplicación de la eSalud en el contexto cubano. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e19. (Acceso: 15 abril 2022). DOI: [10.26633/RPSP.2018.19](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.19) Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34593>
- VV. AA. El ejercicio de la orientación psicológica en WhatsApp. La narrativa de una experiencia de intervención durante la pandemia de la COVID-19. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 2020, v. 8, n. 24, 71-94. [consulta: 23 septiembre 2020]. Disponible en: https://bit.ly/31SkMI7_
-



CAPÍTULO 6

El Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud



Reseña histórica, surgimiento y desarrollo

Humberto Arencibia Pérez, Lilliam Rodríguez Rivera,
Edith Nieves Álvarez Pérez, Ludmila Brenes Hernández

El 7 de mayo de 1992 se inauguró el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED), que sería la institución rectora dedicada a la investigación de las diferentes dimensiones del envejecimiento y a la formación y capacitación óptima de profesionales dedicados a la atención geriátrica y gerontológica.

Fundado por iniciativa del Dr. Osvaldo Prieto Ramos, esta institución especializada fue una oportunidad para afrontar, desde diferentes contenidos, los desafíos que representaba el envejecimiento. Sin embargo, no fue hasta el año 2004 que el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA) lo aprueba como Entidad de Ciencia e Innovación Tecnológica, después de analizado el expediente con la trayectoria investigativa presentado por un grupo adjunto integrado por varios especialistas con vasta experiencia en el tema del envejecimiento. Dos años más tarde, en el 2006, debido a su desempeño en el Sistema Nacional de Salud, fue categorizado como institución del tercer nivel de subordinación y se sustituye su nombre por el de Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, aunque mantiene su acrónimo CITED, por el que ya era reconocido debido a su uso nacional e internacional. La plena autonomía administrativa y financiera la alcanzó en julio del 2007, cuando se independizó del Hospital Calixto García. De esta manera pasó a formar parte de la red de institutos nacionales de salud.

La misión institucional del CITED, que quedó definida a partir de la Resolución No. 182 del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) del 14 de abril de 2014, es la de promover el desarrollo de la investigación científica y la innovación tecnológica en el campo de la gerontología y la geriatría, que permita introducir estrategias de promoción y prevención para un envejecimiento saludable y activo; así como nuevos métodos y técnicas de intervención para brindar una atención de alta calidad al adulto mayor, garantizando a su vez la formación de recursos humanos con un alto nivel de calificación.

Para garantizar el cumplimiento de esta misión al CITED se le definieron las siguientes funciones:

- Desarrollar investigaciones multicéntricas nacionales sobre los factores que pueden contribuir o limitar la expansión de la vida de la población cubana y la atención a las personas mayores.
- Actuar como Centro de Referencia Nacional en el campo de la gerontología y la geriatría, tanto para las investigaciones como para la preparación de recursos humanos: posgrado, educación continua, información.
- Diseñar, validar, introducir y extender estrategias de promoción y prevención durante el ciclo de vida para lograr una longevidad saludable.
- Brindar atención clínica y quirúrgica terciaria a la población adulta mayor mediante servicios ambulatorios y de hospitalización.
- Monitorear el proceso de envejecimiento y expansión de la vida en la población cubana, sus proyecciones y necesidades, para brindar información relevante en la toma de decisiones del MINSAP.
- Contribuir con el Departamento Nacional del Adulto Mayor del MINSAP en su carácter de dependencia coordinadora de la atención a las personas de edad, en el ámbito de sus funciones.
- Desarrollar e introducir conocimientos y tecnologías en el manejo de los problemas del envejecimiento y las enfermedades asociadas a la vejez.
- Promover estrategias de colaboración con centros de investigaciones regionales o de otras áreas geográficas para el desarrollo de proyectos conjuntos en temas relacionados con la clínica geriátrica y los aspectos epidemiológicos, sociales, económicos del envejecimiento.

El cumplimiento de su misión y de las funciones mencionadas se ha realizado con apego a los principios de la ética médica, la vocación humanística, el compromiso social, la profesionalidad, disciplina, consagración, desinterés, modestia y la calidad en el trabajo asistencial, trabajo en equipo, respeto a la intimidad, privacidad y autonomía del paciente.

En sus casi 30 años de existencia, el CITED, para desarrollar sus funciones de investigación,

asistenciales y gerenciales y coadyuvar al impulso de los más elevados estándares académicos en la formación de recursos humanos especializados, además de generar y difundir conocimientos en relación al envejecimiento, ha trabajado en estrecha colaboración con otras instituciones externas y propias del sector salud y con diferentes áreas del MINSAP. En su labor formativa y en sus esfuerzos para la educación continua también ha mantenido una cercana vinculación con la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García.

Durante este periodo sobresalieron varias actividades que han incidido en la formación, preparación y capacitación del capital humano para la práctica de la investigación, la atención geriátrica y gerontológica y el cuidado de las personas mayores. Además, ha colaborado de forma protagónica en el desarrollo de los primeros escenarios docentes en diferentes provincias del país y su posterior expansión; confeccionó y desarrolló el Diplomado en Gerontología Comunitaria en el que fueron capacitados 420 profesionales, a partir de los cuales se formaron y capacitaron los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG), como dispositivo asistencial en el primer nivel de atención en todo el país para atender a las personas mayores en situación de fragilidad.

Con el propósito de incrementar la formación y capacitación de recursos humanos con un mayor nivel en las especialidades de Geriatría y Gerontología, el centro diseñó y desarrolló la Maestría en Gerontología Médica y Social, que ha egresado 32 maestrantes; diseñó e inauguró la primera Maestría en Salud Pública y Envejecimiento, en respuesta a las necesidades de preparación de los profesionales con competencias para desarrollar investigaciones en el campo de la gerontología y la geriatría en el ámbito nacional, con un total de 30 graduados. En el año 2015, desarrolló la segunda edición de esta maestría con 21 nuevos graduados. Han egresado más de 900 alumnos de otras modalidades académicas desarrolladas en la institución, como cursos sobre geriatría, rehabilitación, psicología, enfermería, trabajo social, entre otras temáticas.

El escenario docente del CITED, acreditado para formación de posgrado, ha graduado 107 especialistas en Gerontología y Geriatría, nacionales y procedentes

de otros países, fundamentalmente de la región latinoamericana y del caribe. La educación de posgrado, ofertada y desarrollada por el CITED, se ha destacado por su experiencia, solidez académica, vinculación internacional y reconocimiento de calidad, equiparable con programas similares a los de otras instituciones, tanto de Cuba como de otros países de la región.

En el área de la investigación científica y tecnológica se han realizado colaboraciones a nivel nacional, particularmente con la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Se participó en el diseño y se desarrolló el estudio “Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe” (SABE), en el año 2000, concebido y auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tuvo como finalidad proporcionar una descripción del estado de salud y de las condiciones de vida de los adultos mayores en siete cascos urbanos de países de América Latina y el Caribe: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). La rigurosidad de la recogida de información, mediante encuestas transversales simultáneas, permitió la comparabilidad entre los siete países participantes, siendo el primer estudio de su género en la región. También, de conjunto con la ONEI, participó en el diseño y el análisis de la primera y segunda Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento de la Población (ENEP), realizadas en 2010 y 2017.

Unos años antes, en el periodo 2004-2008 el CITED había participado en el diseño, coordinación y ejecución del estudio multicéntrico de centenarios en Cuba, primera investigación que incluyó a la totalidad de los centenarios del país (1488 personas de 100 años y más). Dicho estudio tuvo como objetivos principales la caracterización demográfica, biomédica, psicosocial, cognitiva y funcional de las personas más longevas del país, así como proponer estrategias para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. El centro se ha involucrado, además, en importantes ensayos clínicos en diferentes etapas de su desarrollo institucional. Desde el año 2005 editó y desarrolló la Red Cubana de Geriatria y Gerontología (Gericuba) y la publicación periódica de Geriatria y Gerontología,

GerolInfo, para la difusión de temas relacionados con el envejecimiento, la longevidad y la salud pública, creando un espacio de reflexión, debate y motivación para investigaciones científicas en este campo. En el 2014 se creó el sitio web institucional del CITED, con el objetivo de difundir y socializar toda la actividad de la institución en el campo de las investigaciones y la formación de recursos humanos, divulgar los servicios asistenciales, así como promocionar eventos, cursos, entrenamientos, diplomados y maestrías, y de igual forma establecer vínculos con otras instituciones y desarrollar proyectos conjuntos.

El CITED constituye la entidad gestora del Programa Nacional de Investigación “Envejecimiento, Longevidad y Salud” desde el año 2016, inicialmente como parte de uno de los cinco programas nacionales priorizados por el MINSAP. En el año 2020, dada la importancia creciente que reviste la temática del envejecimiento para la dirección del país, se designa como único programa de carácter nacional dentro del ministerio y es aprobado dentro de los 13 programas nacionales de Ciencia, Tecnología e Innovación, en virtud de la Resolución No. 185/2020 de la Ministra de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA).

El programa tiene la finalidad de contribuir a la creación de una agenda nacional de investigación en envejecimiento, longevidad y salud, que permita fomentar la cooperación entre instituciones académicas e investigativas, estableciendo una sinergia que brinde evidencia sobre la creación, introducción y generalización de nuevos preparados, la detección de factores de riesgo y factores protectores para el logro de un envejecimiento saludable, y la validación y extensión de intervenciones que mejoren la salud de las personas mayores y brinden un apoyo más eficiente para enfrentar las enfermedades crónicas múltiples, la discapacidad y la fragilidad.

En el momento actual, el CITED tiene 21 proyectos de investigación en ejecución, siete de carácter nacional y 14 institucionales. Participa, además, en cuatro proyectos de colaboración internacional. Estos últimos comprenden:

- Asociación Mundial de Alzheimer/OMS. Demencia, fragilidad y dependencia: 10 años de seguimiento de una cohorte de adultos mayores cubanos.

- Unión Europea. Programa integral de envejecimiento saludable en el municipio Plaza (PIES-PLAZA).
- OPS/OMS. Entornos saludables: salud, bienestar y calidad de vida para el adulto mayor (SALEN).
- Unión Europea. Cuidando a las personas mayores en tiempos de COVID 19: sistema de protección social y sanitaria resilientes en los municipios de La Habana.

El potencial científico y docente de la institución ha crecido en todas sus categorías; al cierre del 2021 contaba con 25 investigadores y 26 profesores categorizados, según las categorías científicas y docentes existentes. Al analizar la producción científica en los últimos años, incluido el periodo de pandemia de la COVID-19, se constata una tendencia al crecimiento, tanto en el número absoluto de publicaciones como en el indicador de índice de publicación por investigador en revistas nacionales certificadas, internacionales indexadas en bases de datos reconocidas o con factor de impacto, así como en la autoría o coautoría de libros. El centro tiene implementado el Sistema de Propiedad Intelectual (SIPI).

De igual manera, durante la pandemia de la COVID-19 (bienio 2020-2021) profesores e investigadores de la institución participaron como alumnos en 32 cursos internacionales, nacionales, provinciales e institucionales y en 43 eventos de igual naturaleza. En el 2021 el CITMA aprobó la incorporación de seis profesionales a la estrategia doctoral.

El CITED ha organizado más de una veintena de seminarios y simposios internacionales, tres congresos regionales y ha desempeñado un rol protagónico en la organización de todos los congresos nacionales de la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatria.

Junto a las actividades docentes y de investigación descritas, se desarrollaron también las funciones de carácter asistencial. Para ello se dispuso de un local, entregado generosamente por la dirección del Hospital Universitario General Calixto García Iñiguez, con una dotación de 28 camas de hospitalización, siete de las cuales fueron dedicadas a la atención médica internacional. La atención ambulatoria se

inició en un inmueble también perteneciente a este hospital y las consultas externas se reubicaron luego en un área contigua.

La institución desde su fundación brinda los siguientes servicios:

- Hospitalización a pacientes cubanos y de otras nacionalidades.
- Consultas externas de geriatría general.
- Consultas especializadas en síndromes geriátricos o condiciones geriátricas de mayor prevalencia.
- Atención estomatológica.
- Atención podológica.
- Medios diagnósticos.
- Rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios en función del perfil del paciente y de la valoración geriátrica integral (VGI).
- Escuela de cuidadores.
- Interconsultas médicas especializadas derivadas del Hospital Universitario General Calixto García Iñiguez.
- Servicios quirúrgicos.

En años recientes, la asistencia médica ha ampliado sus servicios, tanto en cobertura como en calidad, con la inauguración del Laboratorio de Desempeño Físico para detectar pacientes en situación de fragilidad, la consulta de cardiogeriatría, apoyada con técnicas imagenológicas avanzadas, la consulta de oncogeriatría; sustentados estos últimos servicios en los criterios de transversalización de la geriatría. Otro acontecimiento importante, que marcó un hito en el área de los servicios fue la creación en septiembre de 2019 del Centro Alzheimer, con funcionamiento diurno e insertado en la comunidad, pero como estructura orgánica del CITED para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Según la información aportada por el Departamento de Estadísticas del CITED, en esta institución en el periodo comprendido del 2009 al 2021 ingresaron 6204 pacientes, fueron atendidos en consultas externas 112 602, recibieron atención estomatológica 8698 y se realizaron 7202 intervenciones quirúrgicas, de ellas han sido 3428 cirugías mayores y 3774 menores.

Es destacable la nula mortalidad de la actividad quirúrgica y la muy baja tasa de complicaciones posoperatorias, a pesar de realizarse en pacientes de avanzada edad. La clave de este éxito está en la atención perioperatoria de estos pacientes, la que siempre se ha realizado de manera multidisciplinar. Es un proceso en el que participan geriatras, anestesistas, cirujanos, farmacólogos, rehabilitadores y nutricionistas.

Otro hecho que ha distinguido la trayectoria del CITED es que ha significado un importante factor de apoyo para el MINSAP en su papel rector, relacionado no solo con el diseño e instrumentación de importantes investigaciones ya citadas, sino también en tareas gerenciales y administrativas, tales como

- Introducción de la evaluación funcional en el examen periódico de salud de las personas de edad en la atención primaria de salud.
- Asesoramiento científico a diversas instituciones nacionales e internacionales en la proyección del desarrollo de la especialidad (Gerontología y Geriatria) para el periodo 2010-2020, en las áreas de la asistencia, la docencia y las investigaciones.
- Actualización del Programa de Atención Integral a las Personas Mayores.
- Actualización del Reglamento General de hogares de ancianos y de las casas de abuelos.
- Confección del Manual de normas y procedimientos, organización y funcionamiento en la modalidad de atención diurna de estas instituciones.
- Elaboración de estándares para medir la calidad de la atención y el cuidado al paciente mayor en los diferentes niveles en que sea atendido.
- Elaboración de protocolos de actuación psicosocial y protocolos de actuación en personas mayores infectadas por la COVID-19 en Cuba, para hogares de ancianos.
- Aportes concretos al nuevo Código de las Familias y así fortalecer la imagen social y familiar de la persona mayor, su seguridad e integración para envejecer y ser cuidado en casa.
- Participación activa y consultiva en la discusión para la actualización de la Ley 41 de la Salud Pública.
- Participación de sus especialistas en las visitas de supervisión y asesoría ministerial.

En este recuento histórico del CITED no se puede soslayar el apoyo invaluable recibido de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Son innumerables las actividades en las cuales la OPS ha dado su apoyo efectivo para diferentes acciones, como la formación del recurso humano profesional nacional e internacional y la celebración de eventos científicos, el desarrollo de materiales didácticos, así como con su participación en todas las áreas técnicas, lo que ha contribuido a los logros obtenidos por el CITED. A su vez, como Centro Colaborador de la OPS/OMS (aprobado el 8 de mayo de 2009) ha cooperado en el área técnica de salud pública y envejecimiento, de acuerdo con los términos de referencia establecidos, para realizar investigaciones, colaborar en el desarrollo de las directrices de la OPS/OMS, recopilar y analizar datos, generar y diseminar información, brindar cursos de capacitación, asesorar y estandarizar terminologías y procedimientos.





Resultados de trabajo y proyecciones

Humberto Arencibia Pérez, Lilliams Rodríguez Rivera,
Edith Nieves Álvarez Pérez, Ludmila Brenes Hernández

La dinámica demográfica y epidemiológica de Cuba presenta un envejecimiento poblacional indetenible con grandes desafíos y oportunidades. Al CITED le corresponden importantes compromisos sociales, en el significado más amplio de la palabra, para robustecer la capacidad del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de promover un envejecimiento saludable en la dirección que lo aconseja la Organización Mundial de la Salud.

Las nuevas o renovadas proyecciones estarán centradas en mejorar la calidad y sostenibilidad de los logros alcanzados y en las nuevas proyecciones nacionales para el desarrollo, alineadas con lo recomendado por el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* publicado en el 2015, los fundamentos de la Década del Envejecimiento Saludable, la Agenda 2030, los documentos que estipulan los derechos humanos de las personas mayores y las políticas y estrategias del Gobierno cubano y del Ministerio de Salud Pública para abordar el envejecimiento poblacional.

El CITED cuenta con un Departamento de Investigación y Docencia que, como ya se ha señalado, mantiene una estrecha vinculación con instituciones de educación superior y con el Departamento de Docencia del MINSAP, con el propósito de desarrollar las diversas modalidades de la enseñanza de posgrado.

El área de investigaciones tiene como objetivo formar, capacitar y actualizar recursos humanos de elevado nivel para desarrollarlas, así como difundir el conocimiento científico en materia de geriatría y gerontología en el ámbito nacional e internacional. Las investigaciones se realizarán con enfoque holístico, con una perspectiva de curso de vida, con colaboración, no solo entre disciplinas y sectores de la sociedad sino también con universidades y centros de investigación, los investigadores entre sí, los usuarios, los responsables de políticas públicas y las sociedades científicas. Así mismo, también es necesario un esfuerzo sostenido de colaboración en el plano internacional para permitir el intercambio de plataformas y la colaboración entre investigadores, convenientes al aprendizaje mutuo y a mejores prácticas y soluciones.

Las proyecciones están dirigidas a áreas claves como las investigaciones, la formación de recursos humanos, la asistencia y la gerencia. El Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud se propone:

- En el campo de la investigación:
 - Llevar a cabo el intercambio de estudios científicos de carácter nacional e internacional, a través de reuniones, eventos y convenios con instituciones afines.
 - Fomentar la colaboración en investigaciones básicas y aplicadas con las instituciones del sector de la salud en las áreas clínica, epidemiológica, social, y en otros campos del envejecimiento.
 - Culminar el desarrollo de los proyectos nacionales e institucionales que se encuentran en ejecución, generalizar y divulgar sus resultados.
- En la formación de recursos humanos. Para la actividad académica el centro dispone de un escenario debidamente acreditado, con un claustro compuesto por 26 profesores con diferentes categorías docentes, altamente competitivo y sustentado en un programa de estudios, recientemente actualizado, de las especialidades de Gerontología y Geriatria. Desarrollará a corto plazo las siguientes modalidades académicas:
 - Diplomado en Enfermería Gerontogeriatrica.
 - Diplomado en Investigación en Salud.
 - Diplomado en Psicogerontología.
 - Entrenamiento en cuidados a la persona mayor.
 - Cursos cortos.
 - Actualización y acreditación de la maestría en Salud Pública y Envejecimiento.
 - Acreditación de la especialidad de Enfermería Gerontogeriatrica.
 - Desarrollar la educación a distancia en temas de envejecimiento y salud, gerencia y otros.
- Relacionados con la asistencia:
 - Desarrollar y validar protocolos de actuación médica para el diagnóstico y atención de los síndromes geriátricos.

- Desarrollar y validar protocolos para la atención de las principales enfermedades y condiciones crónicas, basados en evidencia y recomendaciones de expertos nacionales o extranjeros.
- Participar en el establecimiento de estándares para la formación de cuadros básicos de medicamentos y desarrollo de sistemas de farmacovigilancia, principalmente para el consumo de medicamentos de alto riesgo para personas mayores.
- Vigilar el cumplimiento de las normas de accesibilidad de las unidades de salud y el mobiliario de los diferentes niveles de atención que garanticen un uso adecuado y seguro para las personas mayores.
- Definir y vigilar el cumplimiento de los requerimientos indispensables del personal que deberá integrar los equipos de salud interdisciplinarios para la promoción, prevención, atención y rehabilitación del paciente mayor.
- Diseñar y vigilar el cumplimiento de las políticas normativas de los cuidados (domiciliaria, comunitaria e institucional).
- Establecer estándares mínimos en la preparación de directivos de programas y servicios sociales y de salud para adultos mayores.
- En el terreno gerencial:
 - Fortalecer la vinculación horizontal con las diferentes estructuras del Ministerio de Salud Pública, particularmente con el Departamento Nacional de Adulto Mayor, en su carácter de dependencia coordinadora del sector para la atención a las personas de edad, en el ámbito de sus funciones.
 - Lograr una vinculación efectiva con otros sectores relacionados con las personas mayores, las sociedades científicas entre ellas, especialmente con las de la salud.
 - Participar en el diseño e implementación de políticas y programas de envejecimiento y salud.
 - Monitorear el proceso de envejecimiento y sus necesidades, expectativas y proyecciones.
 - Participar en el asesoramiento de la adaptabilidad de los servicios de salud a las necesidades de los pacientes adultos mayores.

- Participar en la evaluación de la eficiencia y eficacia de los servicios de salud para las personas mayores.
- Generar estándares de atención al adulto mayor en los servicios de salud.

Por los resultados en la labor investigativa, académica y asistencial, de inversiones y mantenimiento, la institución ha recibido numerosos reconocimientos por parte del CITMA, MINSAP, Instituto Superior de

Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas Calixto García, Gobierno Provincial de la Habana, Ministerio de Cultura, entre otros, así como múltiples cartas de gratitud de pacientes y familiares por la elevada calidad de la atención que brindan sus trabajadores. Merece destacarse el diploma otorgado a la institución el 29 de diciembre de 2021 por el Ministro de Salud Pública por el esfuerzo, entrega y dedicación a la salud del pueblo cubano en el enfrentamiento a la COVID-19.



Bibliografía

- Gonzalez-Bautista E, Morsch P, Mathur M, Bós AJG, Hommes C, Vega E. Assessing health system responsiveness to the needs of older people. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e127. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.127>
- Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Ciudad de México: CEPAL-México;2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/835473/retrieve>
- Oficina Nacional de Estadística e Información-Centro de Estudios de Población y Desarrollo. El envejecimiento de la población cubana. Cuba y sus territorios, 2020. La Habana: ONEI-CEPDE; 2021. Disponible en: www.onei.gob.cu/sites/default/files/000_envejecimiento_de_la_poblacion.2020.pdf
- Oficina Nacional de Estadística e Información-Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La esperanza de vida 2011-2013. Cálculos para Cuba y provincias por sexo y edades. La Habana: ONEI-CEPDE; 2014. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/esperanza_de_vida_2011-2013_0.pdf
- Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021. La Habana: PCC;2017. Disponible en: <https://www.pcc.cu/lineamientos>
-



CAPÍTULO 7

Otras miradas a la atención del adulto mayor

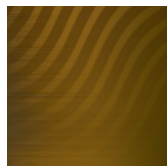


Imagen del adulto mayor en los medios de comunicación

Lisandra Fariñas Acosta

No es un secreto que la sociedad cubana envejece y lo hace aceleradamente. Pero que, en cada ocasión, mayor número de personas vivan más tiempo es una buena noticia. La esencia está en cómo se cuenta.

Paradójicamente, al tiempo que se acelera el envejecimiento de la población y aumenta la proporción de personas que llegan y sobrepasan la sexta década de vida, prevalecen mensajes estereotipados sustentados en modelos deficitarios de la vejez. Las concepciones de esta etapa de la vida, reproducidas acríticamente y con frecuencia a través de algunos medios, impiden ver a las personas mayores como protagonistas activas de su cotidianidad.

El proceso de envejecimiento puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de un país, pero a su vez, constituye un desafío para la sociedad en todos sus órdenes; la que debe adaptarse a estos cambios, no solo para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad, sino para el diseño de políticas públicas que contribuyan al desarrollo.

Vale apuntar que, cuando se habla de desarrollo, este debe de estar, no solo en función de la satisfacción de las necesidades de las personas, sino que también deberá tener en cuenta los cambios demográficos, y estos últimos requieren cambios en la comunicación.

Por primera vez en la historia de la humanidad conviven varias generaciones. Es un momento único que no debe dejarse pasar. Los medios, como formadores de opinión y constructores de sentido, tienen un papel fundamental en la explicación y profundización de las causas y consecuencias de fenómenos complejos de la realidad, como puede ser el comportamiento de las variables demográficas fecundidad, mortalidad, migraciones.

El envejecimiento de la estructura de edades de la población cubana, como uno de los cambios y características más significativas de la dinámica demográfica del país, requiere ingentes esfuerzos desde la comunicación, no solo para lograr colocar en el centro de las políticas a las personas mayores, sino entender que este proceso constituye,

además de un reto, una oportunidad. Ello solo es posible si se derriban los estereotipos obsoletos sobre la vejez y se concibe a las personas mayores, no como un problema o una carga, sino como un recursopreciado de la sociedad.

La doctora Margaret Chan, exdirectora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), apuntaba en el Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud del año 2015, publicado por la OMS:

En tiempos de retos impredecibles para la salud, ya sea a causa del cambio climático, de nuevas enfermedades infecciosas o de la próxima bacteria que se haga resistente a los antibióticos, una tendencia es segura: el envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto.

La respuesta a estos desafíos está precisamente en los cambios, urgentes e igualmente profundos, en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios; pero también en lograr que se comprenda el envejecimiento. Desde actitudes prejuiciosas hasta políticas y prácticas institucionales perpetúan estas creencias estereotipadas, que subyacen tras la discriminación por motivos de edad. Se trata de actitudes que los ancianos enfrentan a diario. Las vemos en los medios de comunicación, cuando presentan a los ancianos solo como personas “frágiles” y “dependientes”.

La encuesta World Values Survey analizada por la OMS, realizada a más de 83 000 personas en 57 países y que evaluó las actitudes hacia las personas mayores en todos los grupos de edad, evidenció que estas se ven como una carga para los demás, pueden acabar pensando que su vida tiene menos valor y, como consecuencia de ello, son más proclives a la depresión y el aislamiento social. El estudio observó que el promedio de vida de las personas mayores encuestadas que tenían actitudes negativas

con respecto al envejecimiento fue 7,5 años más corto que el de las que tenían actitudes positivas.

Envejecer no implica por sí mismo dependencia y discapacidad, ni necesariamente enfermedad o depresión. Si se es consciente de la prevención y el cuidado de la salud a lo largo de la vida, se puede garantizar llegar en mejores condiciones a esta etapa. Se trata de vivir más y vivir mejor.

Resignificar la vejez y abordarla desde una mirada compleja para descubrir qué es ser “viejo” en la sociedad del presente siglo, es un cambio que pasa necesariamente por visualizar esta etapa como una más del ciclo de vida, en la que las personas pueden seguir contribuyendo, desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos, entre los cuales el derecho a decidir sobre sus vidas es esencial.

Esta mirada implica necesariamente dejar de ver a los mayores como frágiles, vulnerables y beneficiarios para reconocerlos como ciudadanos activos, que contribuyen al crecimiento económico, que producen y consumen bienes y servicios, que realizan tangibles aportes a la familia y a la sociedad, que tienen derechos y responsabilidades. Pero es esencial, además, entender que la vejez no es solo un asunto de las personas mayores. Es un tema que atañe a toda la sociedad, a personas mayores, a los adultos y jóvenes, quienes, a fin de cuentas, serán los viejos de mañana.

La vejez en los medios cubanos

Hace más de dos décadas, en el lanzamiento del Año Internacional de las Personas Mayores, la socióloga y experta en el tema Gunhild Hagestad, afirmó:

En las conversaciones acerca del envejecimiento y la vejez hay demasiadas palabras que empiezan con ‘d’. Por ejemplo: decadencia, dependencia, dolencia, demencia, discapacidad, e inclusive, desastre. Todas ellas encierran una imagen que aparece en algunos debates contemporáneos, y con frecuencia actúan como ‘profecías que se autocumplen’, porque las palabras orientan las acciones.

En su sentencia hay más de una idea vigente que invita a la reflexión:

Convendría que nuestro vocabulario acerca del envejecimiento y de la vejez empezara con otra letra del alfabeto. Hay muchas 'buenas' palabras que comienzan con 'c' y que son útiles al pensar sobre nuevos significados del vivir-envejecer y de la vejez: cuidado, camino, continuidad de la vida, competencia, capacidad, contribución...

En estas palabras afloran estereotipos que en el contexto particular cubano también suelen estar presentes, asociados fundamentalmente a los grandes mitos que históricamente han circulado alrededor de las personas que arriban a los 60 años, aunque cifras internacionales aseguran que más del 90 % de los miembros del grupo etario entre 60 y 75 años no presentan ningún tipo de discapacidad. No se puede concebir a este grupo etario como carente, porque no lo es, no es solo una población que necesita atención; solo se necesitan ganas para observarlo y una mirada libre de prejuicios.

La jubilación y el mito de lo improductivo, cuando sobran los ejemplos de personas entre 60 y 75 años que todavía están vinculadas laboralmente y aportan mucho a la sociedad de una forma u otra, así como la idea de concebir a las personas mayores como "seres asexuados" porque "la vida sexual es para los jóvenes", son imaginarios instalados en la sociedad y reforzados con frecuencia en los medios, que necesitan ser deconstruidos.

A menudo en la prensa, ya sea en los textos o en imágenes que se utilizan, se repiten visiones negativas de la vejez, como equipararla con el final, la depresión, la soledad o la enfermedad. A ello se añade la naturalización de otros estereotipos que podrían a simple vista parecer positivos, como concebir la vejez como "la mejor edad" o "la edad dorada", u otros muy confusos, como considerarla un retorno a la niñez o una etapa de "juventud acumulada".

Tales concepciones no responden a la realidad e impiden a las personas tomar conciencia de que se

necesita aprender a vivir en una sociedad para todas las edades y, sobre todo, prepararse para poder vivir una vejez activa y saludable. Hay que partir de reconocer el envejecimiento como un proceso que abarca la vida entera —desde el nacimiento hasta la muerte— y a la vejez como un periodo cada vez más extenso y significativo de la vida.

Tales visiones estereotipadas de los medios, lejos de favorecer un proceso de integración intergeneracional a nivel social, suelen configurar sentimientos de devaluación entre las personas mayores en relación con sus competencias, estatus social y funcional.

Un estudio métrico y de contenido realizado entre julio de 2017 y enero de 2018 por el observatorio temático del Instituto Internacional de Periodismo José Martí sobre la dinámica demográfica en los medios de comunicación, que incluyó el análisis de cinco medios: los periódicos *Juventud Rebelde*, *Granma*, *Vanguardia* y *Sierra Maestra*, y el sitio web *Cubadebate*, reveló que, aunque se aprecian algunos avances en el tratamiento del envejecimiento en la prensa cubana, aún persisten múltiples desafíos.

Si bien las principales ganancias, comprobadas en el análisis, son que el envejecimiento demográfico adquiere mayor presencia en las agendas de los medios de prensa y jerarquía en las planas, y que comienza a presentarse como reto y oportunidad y no tanto como un problema o amenaza a enfrentar, sigue predominando la enunciación del envejecimiento con prevalencia de cifras y estadísticas oficiales del aumento del indicador y otras determinantes por encima del análisis de las causas y otros desafíos que supone este proceso.

Aún predominan en nuestros medios aspectos como las pérdidas, las nostalgias, la brecha digital, los aislamientos, las depresiones, las demencias, cuando en realidad es solo una parte, una expresión del tema de la vejez. Falta ponderar, con todo el respeto y la coherencia que conlleva, esa otra parte de la vejez que constituye una etapa del desarrollo. Más que la vejez por sí misma, son los problemas de la sociedad y los entornos desfavorables los que llevan a que las personas que viven la vejez la vivan en condiciones de malestar, dependencia e insatisfacción.

De ello dio cuenta también un análisis métrico y de contenido de productos comunicativos sobre dinámica demográfica cubana, que integraron las agendas mediáticas de *Granma*, *Juventud Rebelde* y *Bohemia*, en el periodo comprendido entre el año 2005 y el 2015, y del Noticiero Estelar del Sistema Informativo de la Televisión Cubana, entre enero de 2014 y el 30 de abril de 2015.

Con respecto al tema del envejecimiento, la investigación reveló que, probablemente, la mayor crítica al tratamiento dado por los medios de prensa estudiados sea su excesiva tendencia a ver el envejecimiento desde el punto de vista médico o asistencial. Aunque en la muestra analizada no se entrevistó directamente a personas mayores enfermas o en situación de vulnerabilidad, la mayor parte de los materiales periodísticos emplearon fuentes del sistema de salud, con lo cual se refuerza la asociación de los adultos mayores con las enfermedades, aun cuando no siempre se establezca la relación de manera directa.

El estudio mostró, además, un envejecimiento homogéneo y estereotipado, donde faltan análisis que ubiquen los desafíos de este proceso para hombres y mujeres en Cuba. Por ejemplo, la investigación sostiene:

Ellas, por solo citar un ejemplo, tienen mayor esperanza de vida; pero cuando ellos quedan viudos y solos enfrentan un reto particular vinculado a la persistencia de estereotipos de género patriarcales muy difundidos en Cuba: en todo su curso de vida no adquirieron herramientas que los prepararan para enfrentar solos las tareas domésticas, la planificación y mantenimiento de un hogar, con lo cual vivencian de manera mucho más compleja el proceso de envejecer y manifiestan patologías psicológicas asociadas a esa situación de soledad y vulnerabilidad.

En el caso del cuidado de adultos mayores, aun cuando fue mencionado, sobre todo en la muestra de la prensa escrita, faltan análisis que focalicen la

sobrecarga que este representa para las mujeres, en particular las de edad mediana y, en muchos casos, profesionales, que por mandato cultural —también patriarcal— son quienes suelen asumir en mayoría aplastante estas tareas.

Una de las mayores debilidades del tratamiento del envejecimiento en los medios de prensa puede apreciarse en la relación entre el lenguaje oral y la imagen. Muchas veces, aunque el texto de los productos comunicativos no apoya la reproducción de estereotipos negativos de la vejez, las imágenes que los acompañan a veces muestran a personas mayores dependientes, inactivas, e incluso tristes.

Aunque ya comienzan a aparecer trabajos periodísticos enfocados a las nuevas posibilidades que ofrece la vejez y que muestran a personas activas y disfrutando de esta etapa de la vida. Sin embargo, la presencia de estos temas en las agendas mediáticas todavía es reducida, fragmentada y se abordan principalmente desde géneros informativos sin tocar las variables en su interrelación.

La inclusión de las personas mayores en los contenidos informativos y de entretenimiento en un plano de igualdad con el resto de los grupos sociales y sin discriminarlos, así como la incorporación de estas medidas a los medios de internet, que empieza a tener cada vez más público entre las personas mayores y que supone muchas veces una ventana al mundo, un cordón umbilical que permite a muchas personas mayores seguir conectados a la sociedad y participar en ella de forma activa, es también fundamental.

Es frecuente que se presente a la vejez como un peso económico, sanitario y social, dejando en el camino un amplio temario a desarrollar y mantener en vigencia, como son la experiencia y los valores de las personas mayores.

Ampliar la diversidad de fuentes informativas sigue siendo una deuda a la hora de abordar el envejecimiento. Generalmente se recurre a las instituciones gubernamentales del sistema sociosanitario, dándole poco o ningún espacio a las organizaciones de personas mayores, sociedades, federaciones y asociaciones de profesionales que trabajan con el sector.

La especialización de los profesionales de la prensa es otro desafío. Si hubiese periodistas especializados en Gerontología —como sí los hay en política, economía, deportes, espectáculos— la información podría ser de mejor calidad, con mayor análisis, evitando caer en lo obvio y en lo negativo.

El destacado escritor y periodista Gabriel García Márquez dijo que ser periodista era tener la oportunidad de cambiar algo todos los días. El Grupo de estudio e investigación sobre envejecimiento y vejez de Bogotá, Colombia y Santiago de Chile dice en un artículo sobre los retos del periodismo, publicado en 2015 que el periodista que aborde los temas relacionados con el envejecimiento debe preguntarse también:

- ¿Cómo representan los medios de comunicación a las personas mayores?, porque se van a relacionar cada vez más con estas personas.
- ¿Cómo puede contribuir el periodismo a cambiar estereotipos acerca de la vejez y de las personas mayores?, porque los estereotipos, como malezas, ocultan la verdad.

- ¿Cómo narrar historias periodísticas sobre ellos sin caer en clichés, y con un verdadero valor de servicio y respeto a la dignidad humana?
- ¿Cómo puede el periodismo contribuir a la construcción de sociedades inclusivas, sociedades para todas las edades?

De lo que se trata justamente es de ponderar esa otra mirada, donde el adulto mayor es el mensaje, con sus experiencias, errores, logros, esperanza, y fuerza superior a cualquier obstáculo.

La campaña de comunicación “Envejecer es Vivir más” (fig. 7.1) —impulsada en el año 2019 por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Unidad de promoción de salud y prevención de enfermedades (Prosalud), con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Cuba— busca potenciar una imagen positiva del envejecimiento a partir de transformar la percepción, muchas veces negativa, que tienen las personas sobre este proceso natural.



Envejecer es **continuar**
con **nuevos sueños** y metas,
descubrir motivos, **amar...**
es **vivimás**



Envejecer es **capacidad**, experiencia,
contribución, no sinónimo de enfermar.
Cuidar tu salud
es **vivimás**



Fig. 7.1. Imágenes utilizadas en la campaña de comunicación “Envejecer es Vivir más”.

En un contexto donde el único grupo de población que crecerá es el de 60 años y más, sobre todo de 75 años en adelante, no es fortuito que, unido a los desafíos para garantizar una atención de salud de calidad y ajustada a las necesidades de este grupo, se imponga la necesidad de trabajar en cómo lograr que estas personas vivan un envejecimiento activo y saludable.

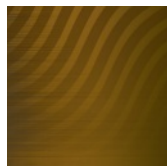
Mantener la dignidad de los adultos mayores en los hogares, las calles, las instituciones de salud, en todos los espacios, también pasa por transformar los modos de pensar para dejar de concebir la vejez como un problema.

Esta iniciativa comunicacional se propuso incentivar en las personas mayores un estilo de vida activo que redunde en una mayor salud física y psicológica; fomentar su participación en todos los ámbitos de la vida a partir de sus experiencias y

las enseñanzas a transmitir; señalar la importancia del diálogo intergeneracional en los hogares cubanos, el autocuidado de la salud desde la primera infancia, la preparación y orientación a los cuidadores para que cuiden protegiendo también su salud, la creación de entornos amigables y libres de maltrato con la tercera edad, y mostrar la imagen que se construye de la vejez desde los medios de comunicación y otros espacios.

La posibilidad de vivir más tiempo es un recurso muy valioso para cada uno como personas, y también para la sociedad en general. Las personas mayores pueden participar en la sociedad y contribuir a ella de muchas maneras, como mentores, cuidadores, artistas, consumidores, innovadores, emprendedores y miembros de la fuerza de trabajo, entre otras muchas formas. Este compromiso social puede a su vez reforzar su salud y su bienestar. Un compromiso que comienza también en los medios y en el modo en que se narre esta hermosa realidad que es prolongar la vida.





Cátedras universitarias del adulto mayor

Teresa Orosa Fraíz, Laura Sánchez Pérez

En Cuba, el programa de educación dirigido a las personas mayores se funda en la Universidad de La Habana hace 22 años bajo el nombre de Cátedra Universitaria del Adulto Mayor, la que se extendió hacia todos los centros de educación superior del país.

Las cátedras del adulto mayor constituyen un ejemplo de buenas prácticas en tanto modelo de educación inclusiva y de oportunidad de aprendizajes hasta el final de la vida. Tienen una alta participación de voluntariado adulto mayor y están encaminadas hacia el fomento de una nueva cultura gerontológica. En ese sentido, colocan a las personas mayores como agentes activos en el logro de objetivos y metas de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible.

La educación constituye una poderosa herramienta que aporta cambios en el imaginario social del envejecimiento y la vejez, ya sea para las propias personas mayores en condición de cursantes, como para toda la sociedad, al descubrir a los mayores en escenarios no habituales o tradicionales, sino en los escolares o de desarrollo. Todo ello permite disfrutar esta etapa de la vida de forma más natural y auténtica, pues aporta cambios y beneficios directos a la espiritualidad de las propias personas mayores que disponen de tan importante recurso.

En otras palabras, la educación empodera a los que disfrutan de ella, por tanto, las experiencias educativas en este campo se van colocando a la vanguardia de las acciones gerontológicas, demostrando la posibilidad de educación de las personas mayores, sus nuevas necesidades generacionales y su disposición a participar en estos espacios, como oportunidad de elaboración de nuevos proyectos de vida.

Se instituyen nuevas necesidades generacionales, no solo han acontecido cambios de carácter demográfico, sino también de tipo generacional, pues hoy la persona mayor es diferente a la de otras épocas. Este último cambio es menos visible, imposible de extraer de un gráfico, pero igualmente importante, en tanto requiere de miradas y narrativas nuevas acerca de la vejez nueva.

El envejecimiento como fenómeno social está produciendo una renovación de las formas de pensar el curso de la vida humana y ha generado una fecunda innovación de dispositivos socioculturales que dan cabida a las nuevas generaciones de adultos

mayores. Entre los nuevos dispositivos socioculturales están los de carácter educativo.

A nivel mundial, diversos son los programas encaminados al empeño de garantizar el desarrollo cultural de las personas mayores, con denominaciones tales como: universidad de tercera edad, programas universitarios con mayores, aulas abiertas, entre otras. El avance de estos programas forma parte del enfoque de los derechos humanos, como el enfoque que, según Huenchuan, es más propicio para abordar la situación de las personas mayores, porque ayuda a superar la clásica simplificación que asocia la vejez con las pérdidas y pone el acento en la igualdad, sin discriminación de ningún tipo.

La primera de tales instituciones en Cuba fue la creada el 14 de febrero bajo la Resolución Rectoral número 73 del año 2000, con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. A su vez, y a partir del siguiente curso escolar, se fueron creando estas instituciones en las universidades de todas las provincias. Por ello, el país dispone de cátedras del adulto mayor en todas sus regiones, con aulas urbanas y rurales, lo cual le ha otorgado una gama de ajustes e iniciativas en función de las particularidades de cada grupo de cursantes, historias de vida y patrimonio local.

Desde hace unos años el programa conforma su red nacional con vistas al intercambio de experiencias, divulgación de eventos y socialización de resultados, coordinada por la Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana como centro de referencia nacional. Esta cátedra en la Universidad de La Habana cuenta con aulas en su propio recinto, aunque en su mayoría funcionan en locales comunitarios diversos; es decir, sesionan en escuelas, áreas de salud, museos, casas de cultura, bibliotecas, entre otros locales, los que son facilitados de manera solidaria por las instituciones de cada territorio, permitiendo así la accesibilidad física y territorial de los cursantes. Actualmente cuenta con 48 aulas y ha beneficiado a un total de 19 319 egresados de su curso básico.

En función de garantizar el proceso de extensión del programa a lo largo de toda la provincia, una gran

parte de los docentes provienen de los propios egresados, adultos mayores más calificados. Ellos transitan, posteriormente, por procesos de capacitación teórica y metodológica para convertirse en docentes de sus propios coetáneos.

La matrícula proviene de personas jubiladas de los más disímiles sectores de procedencia laboral y de diferentes niveles educacionales, además de personas mayores amas de casa, mayores discapacitados y mayores institucionalizados en hogares de ancianos y en centros penitenciarios.

El programa universitario para mayores no constituye una carrera universitaria, sino un curso de carácter extensionista dirigido a la actualización científico-cultural de las personas mayores en función del diagnóstico de las necesidades y acerca de los temas de mayor interés y conocimiento.

Será por siempre un reto para la cátedra el lograr colocar a las personas mayores a la altura de estos tiempos desde el punto de vista cultural, lograr que cuenten en su desarrollo intelectual y emocional con recursos que le permitan conocer mejor el mundo en que viven y comprender el mundo contemporáneo, sus cambios, sus desafíos, tanto en lo social como en lo tecnológico, pues la cultura nos pertenece a todos.

Debido a esos objetivos de actualización los temas son muy variados, la mayoría de carácter social, incluyen los enfoques actuales acerca de las familias, las características de los procesos comunicacionales, el enfoque de género, la sexualidad, la educación por la paz, el medio ambiente, el envejecimiento, los entornos amigables, así como los temas de salud, de arte y cultura, los jurídicos y sobre derechos humanos, el manejo de las nuevas tecnologías, entre otros.

El programa de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor consta de 3 sistemas:

- Curso básico. Un año escolar. Diversos temas organizados a través de cinco módulos docentes que se desarrollan teniendo en cuenta cinco ejes temáticos: género, creatividad, pensamiento martiano, medio ambiente y valores:
 - Introductorio o propedéutico.
 - Desarrollo humano.
 - Educación y prevención de salud.

- Cultura contemporánea.
- Seguridad social.
- Cursos de continuidad. Dirigido a los egresados del programa básico y con diversidad temática, de manera que se pueda profundizar en los temas presentados en el curso básico, así como en otros temas de interés solicitados por los egresados o a propuesta de los especialistas de cada comunidad. Entre los temas más seleccionados por los egresados se encuentran:
 - Estudios acerca del rol de la abuelidad.
 - Rescate de valores patrimoniales.
 - Sistemas de cuidados.
 - Programas de prevención de salud.
 - Medio ambiente.
 - Problemas actuales del desarrollo humano.
 - Temas psicológicos como el autoconocimiento.
 - Introducción de las nuevas tecnologías, uso de telefonía móvil y las redes sociales.
- Cursos de capacitación. Dirigido fundamentalmente a adultos mayores egresados que luego se convierten en fuente de los claustros docentes de dichas aulas.

Capacitar en una nueva cultura gerontológica, libre de paternalismo, edadismos y discriminación de cualquier índole, ha ido constituyéndose en una meta esencial. Una nueva cultura gerontológica deberá partir de la comprensión acerca de la generación actual de mayores con sus nuevos protagonismos y particularidades, garantizar la inclusión y el desarrollo y no solo la protección y el cuidado. Y todo ello, no solo dirigido a las personas mayores, sino también a grupos de profesionales requeridos de conocimientos gerontológicos.

Por esa razón a lo largo de estas dos décadas las cátedras han ido ampliando sus labores en el campo de la investigación y de la formación posgraduada, dirige también a profesionales con perfil de atención gerontológica.

La educación, desde la perspectiva de la edad como parte del desarrollo del hombre, se aborda como auténtico factor de envejecimiento activo, participati-

vo y sostenible. Plantea la necesidad de educar en una nueva cultura gerontológica del desarrollo humano, al posicionar a las personas mayores como sujetos de deberes y derechos, empoderados y participativos, en un entorno accesible, inclusivo y para todas las edades.

Para cubrir esta necesidad el programa de la Cátedra del adulto mayor tiene los siguientes objetivos actuales:

- Actualizar culturalmente y en los temas científico-técnicos a los cursantes.
- Enseñarlos a ser mujeres y hombres mayores de esta época.
- Provocar cambios de carácter espiritual en los cursantes: desarrollo cognitivo, afectivo motivacional y sociabilidad.
- Reinserir socialmente a los egresados en diversos proyectos comunitarios.
- Formar promotores de salud, gestores ambientalistas, entre otros.
- Promover una imagen social del envejecimiento y la vejez en escenarios educativos.
- Promover la identidad con la edad y los procesos de cambios correspondientes.
- Promover acciones de carácter intergeneracional.

Ya van quedando atrás miradas que evocaban al rejuvenecimiento y van apareciendo enfoques teóricos que parten de asumir auténticamente a la vejez, el envejecimiento y a las personas mayores con su identidad y sin necesidad de una explicación desde lo juvenil o infantilizador.

En la actualidad, las estrategias de país llaman a diversos sectores que confluyen desde sus disciplinas a la atención del envejecimiento y la vejez. Por eso, muchos grupos de investigación son multidisciplinarios, en los que cada cual trabaja el tema desde su propia perspectiva. Un reto mayor será lograr aproximaciones interdisciplinarias, donde el objeto de estudio se pueda analizar desde categorías que en sí mismas integren la diversidad de miradas, como lo constituyen los estudios acerca del bienestar subjetivo.

Las bases teóricas que sustentan las cátedras del adulto mayor provienen de presupuestos teóricos de

la Psicogerontología, de la Gerontagogía *versus* Geragogía, de la Antropagogía, de la Educación Popular y del *Lifelong Learning*. Estas cátedras han sido instituciones líderes de la Gerontología educativa en Cuba como rama transdisciplinar de las ciencias del envejecimiento, y de la Gerontagogía como rama de las ciencias de la educación.

Desde el punto de vista gerontagógico la cátedra ha aportado una metodología en función del aprendizaje vivencial y colaborativo, que evoca vivencias relacionadas con cada tema que el cursante puede re-crear de sus conocimientos y experiencias de vida.

En el área intelectual se ha constatado el aumento del potencial de aprendizaje, de memoria, de palabras, un mayor rendimiento del recuerdo diferido y de mejores posibilidades relacionadas con la calidad en el uso de definiciones acerca de los términos o palabras presentadas. En el área afectivo motivacional se expresan mejores resultados en las posibilidades de esfuerzo, de constancia y de confianza en los recursos personales, tanto para resolver problemas de salud como de rendimiento intelectual, e inclusive de asuntos familiares. Se constatan mayores niveles de satisfacción con la vida y de calidad de vida, proyectos y relaciones interpersonales. Aparecen nuevos motivos y proyectos de vida. Con relación a la sociabilidad se evocan acciones de pro-sociabilidad y de formación de redes de apoyo.

Sobre la percepción de la calidad de vida, los cursantes tienden a posicionar la posibilidad de mantener buenas relaciones sociales como primera condición y en segundo lugar el tener buena salud, cuando esto último es lo que, generalmente, aparece como el predictor priorizado por los mayores para la percepción de una buena calidad de vida.

En las investigaciones realizadas, insertadas en programas ramales y en proyectos institucionales, se destacan además niveles significativos en indicadores de empoderamiento y una significativa capacidad de gestión en conocimiento de salud y transformación. En ese orden de ideas, justamente, el paradigma construido de gestión de cultura gerontológica asciende, desde la educación como su base, para ele-

varse en subsiguientes espacios de seguridad, empoderamiento, liderazgo y transformación.

Las personas mayores son cursantes, también profesores y coordinadores de la cátedra en sus territorios, por tanto, constituyen ejemplo de buenas prácticas, porque no solo gestionan conocimientos de salud desde el punto de vista conceptual, sino que también gestionan imagen, despatologización de la edad, derechos, diálogos, tradiciones y cultura, y por supuesto, espacios de ciudadanía.

Desde esos nuevos espacios de desarrollo se propician, además, diálogos más robustos y no solo intergeneracionales, también entre sus pares o coetáneos y con los decisores de cada territorio.

En cuanto a empoderamiento comunitario se exploraron indicadores de compromiso, participación, autogestión y toma de decisiones en diferentes niveles de estructuración. La educación en la vejez asume como principio que el conocimiento es poder y a la vez plataforma para la adquisición de competencias en las personas mayores. De ahí la participación de la cátedra como institución participante en la capacitación sobre temas de derechos, empoderamiento y entornos amigables del Programa Integral de Envejecimiento Saludable PIES PLAZA, el cual es coordinado por la Sociedad Cubana de Gerontología y Geriátrica.

Sobre la dimensión del tema de género hay que destacar también el estudio acerca del sentido de pertenencia de las mujeres al programa, las que demuestran una identidad de género en transición, siendo a su vez la mayoría de los directivos, gestores y cursantes del programa.

Desde el punto de vista extensionista la cátedra lleva a cabo diversas acciones vinculadas a la vida universitaria y a la de cada comunidad. Está presente en los acontecimientos más importantes, como los del aniversario de la Campaña de Alfabetización, en la cual fueron protagonistas 60 años atrás, en numerosos eventos de la vida del país como el debate sobre el Anteproyecto de la Constitución, y más recientemente en el nuevo Código de las Familias. Sus integrantes han desplegado estudios a profundidad de la Agenda 2030 y la Tarea Vida, pues no se puede tributar a lo que no se conoce, y más aún, cuando desde

el cometido de los mayores de la cátedra se introduce un concepto nuevo, el de envejecimiento sostenible, determinado por los empeños de los propios mayores a favor del envejecimiento activo y no de simples receptores de beneficios.

La Cátedra del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana es Miembro Fundador de la Red Iberoamericana de Programas Universitarios con Mayores (RIPUAM) y de la Red Continental de Asociaciones de Mayores de América Latina y el Caribe (RedCon), miembro de la Asociación Internacional de Universidades de Tercera Edad (AIUTA) y de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores (FIAPAM), ambas con sede en Francia. Es miembro de la Red Latinoamericana de Investigación en Vejez (RED LARNA) con sede en la Universidad de Oxford, Inglaterra y miembro del Grupo de Expertos de Investigación de Evaluación y Envejecimiento (EVEN) de la Universidad Autónoma de Madrid.

Desde hace años la cátedra ha mantenido vínculos con la sede de la OPS/OMS en nuestro país. Se destacan en esta relación dos momentos importantes: la Mención de Buenas Prácticas otorgada por la OPS/OMS en el año 2012 y el haber podido contar

con la presencia de sus representantes en actividades relevantes, tales como el acompañamiento a los cursantes en ascenso a la escalinata universitaria durante el acto de inicio de curso, así como el apoyo a todo el proceso de debate en los talleres sobre la Agenda 2030; se contó con ejemplares de ella que permitieron hacer, desde las voces de las personas mayores, las recomendaciones a las metas e indicadores de país.

Durante la pandemia de COVID-19 se llevaron a cabo importantes acciones.

La educación, como factor de atención integral al envejecimiento, se enfrenta a nuevos y actuales desafíos en la promoción del envejecimiento activo, saludable y autónomo, sobre todo, después de haber padecido dos tipos de vulnerabilidades, la biológica con riesgo para la vida y la inducida culturalmente, cuando en algún contexto se desconoce la responsabilidad demostrada de las personas mayores.

Las aulas de mayores se alistan para nuevos cursos y los adultos mayores continúan superándose y participando en el desarrollo social por un mundo mejor, no solo para los mayores, sino también para las futuras generaciones.





Derechos del adulto mayor y protección social

Dagmara Cejas Bermet

Desde la mirada del Derecho, a lo largo de la historia del hombre, podríamos reconocer que, aun cuando fue respetada la valía de las personas ancianas en los grupos poblacionales más antiguos, incluso en una evaluación preliminar y no formal del derecho, sobre esa valía, se distinguían a estas personas como modelos de actuación dirigidos a representar, conducir y sancionar a sus iguales; aspectos de interés en materia jurídica porque constituyen pilares del ordenamiento social. No se aprecian en la bibliografía consultada y las fuentes sobre Derecho disponibles, que desde aquellas etapas iniciales de organización de la vida colectiva existieran mecanismos que regularan de forma expresa la protección a esos grupos venerados, más allá de la propia veneración o mandato, como sí constan los ejemplos de códigos normativos sobre la protección del patrimonio y del comercio.

De tal forma podría argumentarse que, en esas etapas iniciales del desarrollo biológico del hombre los años de vida de los individuos eran muy limitados. Es conocido que esta condición estaba marcada por el propio origen y el escaso desarrollo de estas formaciones, a su alimentación, al desconocimiento de los recursos naturales y de su propio cuerpo, así como los riesgos a los que se veían expuestos en su experiencia de vida. A pesar de estas limitaciones objetivas, hay que reconocer su visión acerca de la importancia de la vejez relativa a la que lograban arribar varios de sus miembros, y la preponderancia otorgada sobre los otros, aspectos que, como ya se dijo antes, no constituyen fuentes de Derecho, pero sí son relevantes para la materia.

El desarrollo social y económico paulatino alcanzado por el hombre a lo largo de la historia permitió que la sociedad en su conjunto advirtiera la trascendencia de crear y garantizar las condiciones que, interconectadas, han contribuido a que el hombre alcanzara una sobrevivencia nunca antes vista. Como resultado, la esperanza de vida al nacer se convirtió en un indicador de salud, de calidad de vida y de desarrollo de las poblaciones, expresión de la ocupación de los países por su bien máspreciado, el hombre, y motivación para generar, además de la protección debida, las herramientas multisectoriales que impacten en un desarrollo armónico y sostenible de la sociedad.

Está claro entonces que, junto con el desarrollo del hombre en las diferentes etapas de la sociedad, fueron aumentando sus años de vida y los aportes relacionados con los

conocimientos que en general adquiriría. Y, aunque se reconocen ciclos de avances en momentos históricos vinculados a grandes descubrimientos científicos que generaron desarrollos sociales y humanos, la sociedad, en su organización, no fue capaz de vislumbrar las necesidades de atención a las personas más envejecidas como personas proclives a una situación de vulnerabilidad, y cómo esa atención podría redundar en beneficio de las personas mayores.

En materia de derecho, fueron el siglo xx y el xxi, con los radicales cambios demográficos y epidemiológicos alcanzados, los principales escenarios que condicionaron y obligaron a los Estados y Gobiernos, y en su representación normativa al derecho internacional y nacional, a establecer con la racionalidad debida, e insuficiente a criterio de los autores, el reconocimiento a los múltiples derechos de este grupo poblacional y a los deberes de los Estados para con ellos. Se materializaron por vez primera en la historia de la humanidad la consecución de acuerdos internacionales, estrategias sociales, económicas y de salud a nivel mundial y su representación e implementación a nivel de países.

Aun con lo avanzado hasta la fecha, los retos demográficos son mayores, y de igual forma los retos sociales, culturales, económicos, estructurales y legales, entre otros. Por lo que este espacio es una oportunidad para que, desde las fortalezas que entraña el derecho como ciencia social, se participe junto con otras ciencias involucradas en el desarrollo de un sistema integral de atención, protección y conducción de la sociedad, en relación con los adultos mayores, reconociéndolos como sujetos de derecho específico.

Contexto internacional

En una remembranza rápida a este tema, saltan de inmediato importantes y trascendentes acuerdos internacionales alcanzados, que de forma independiente y de conjunto, son las principales referencias y engranajes que dignifican, reconocen y conducen a los Estados para el logro de ordenamientos jurídicos internos que preserven y garanticen los derechos de las personas mayores, y a su vez establezcan las

obligaciones y deberes de los Estados y Gobiernos en la consecución de esos propósitos ya acordados a nivel internacional.

Estos instrumentos jurídicos fueron adoptados en cascada y en etapas posteriores a la constitución de las Naciones Unidas como órgano supranacional encargado de coordinar y acompañar a los Estados Miembros en la preservación del orden internacional, estableciendo directrices, promoviendo pactos, desarrollando investigaciones de todo tipo, de forma tal que, desde las evidencias científicas y atendiendo a las experiencias alcanzadas y las particularidades de cada región y cultura, lograr consensos en temas medulares para el desarrollo de la sociedad humana y alcanzar estándares de justicia y acceso universal para todas las personas por igual.

Es importante citar, entre otros relevantes instrumentos jurídicos, a la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, los pactos internacionales de derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales; las convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la racial y de las personas con discapacidad; así como los convenios de la Organización Internacional del Trabajo referidas a la seguridad social y a las prestaciones por invalidez, vejez y a los sobrevivientes, de la CEDAW sobre mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos, la Resolución 46 de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas, y en la región de las Américas la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

El primero de los instrumentos jurídicos citados, que por su trascendencia es primordial, fue elaborado por representantes de todas las regiones del mundo y proclamado en el año 1948 como un ideal común para todos los pueblos y naciones; allanó el camino para acordar un número considerable de tratados de derechos humanos que se aplican hoy en el escenario internacional; reconoce en el artículo 3 el derecho de todo individuo a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. En el artículo 7 reconoce por igual el derecho a la protección contra toda discriminación,

más adelante, en el artículo 16, reconoce el derecho de la familia a recibir protección de la sociedad y el Estado, y en el artículo 22 preserva el derecho, como miembro de la sociedad, a la seguridad social y a obtener los recursos para la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales y al libre desarrollo de su personalidad.

Luego, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, refrenda en el artículo 2 que los Estados partes del pacto, se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión o cualquier otra condición social y en el artículo 12 expresa que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lo cual estos aseguran la plena efectividad de este derecho.

Por otra parte, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada en el año 2006 con el propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente, incluye principios expresados en el artículo 3 referidos, entre otros, a la no discriminación, a la inclusión plena en la sociedad, a la igualdad de oportunidades y, además de cuestiones generales y técnicas, prevé obligaciones de los Estados para asegurar y promover esos derechos, mediante la adopción de medidas legislativas, administrativas y de otras índoles, que sean pertinentes para hacer efectivos esos derechos, además de que los exhorta a tener en cuenta en todas las políticas y programas la protección de los derechos de estas personas.

La Resolución 46 de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas, más cercana en el tiempo y en tal sentido más actualizada con elementos objetivos de interés para la protección a estas poblaciones de adultos mayores, reconoce principios estratégicos:

- Independencia. Garantizar un acceso fácil a la vivienda, la alimentación, la atención en salud, entre otras necesidades básicas.

- Participación. Propiciar su integración a la sociedad y la posibilidad de prestar servicios a la comunidad.
- Autorrealización. Desarrollar sus potencialidades y el acceso a recursos culturales, educativos y recreativos.
- Cuidados. Garantizar accesos a servicios de atención de salud que les procuren un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional.

Del análisis jurídico de estos instrumentos se desprende, en primer lugar, un amplio consenso internacional sobre el justo reconocimiento de los derechos de la población conformada por las personas mayores, se aprecia, además, la incorporación de una amplia gama de derechos, que garantizan, no solo los aspectos básicos referidos a los cuidados de la salud, sino también, otros tan importantes como los que preservan su dignidad al concebir espacios para su participación social y permanente desarrollo físico y mental. Se reconoce el objetivo permanente de que los Estados, Gobiernos y naciones adopten a lo interno de sus países, teniendo en cuenta las costumbres, culturas y condiciones económicas y políticas de cada uno, las normativas que permitan introducir estos acuerdos en sus ordenamientos jurídicos y en las políticas públicas nacionales o sectoriales que tributen al desarrollo pleno del hombre en general y de las personas, que sean garantía y protección jurídica en Cuba

A partir de los años 60 en Cuba se estableció un claro y meridiano diagnóstico social y de salud de la población, estratificando sus necesidades por edades, urbanidad o ruralidad, acceso al empleo, a la vivienda, a la educación, todos y cada uno de estos aspectos con efectos directos en la calidad de vida y el desarrollo social de los individuos, denunciando además, los graves problemas de salud, malnutrición y muerte temprana por enfermedades prevenibles.

No sería justo plantear las fortalezas con las que cuenta la sociedad cubana actual, sin hacer referencia a este antecedente histórico. En el año 1960 se aprobaron programas de salud y reorganizaron todas las instituciones y servicios para que estuvieran

en función de satisfacer los cuidados de salud de la población; se brindaron servicios médicos en las comunidades rurales y de difícil acceso y, entre otras medidas decisivas, se formó, a partir de ese momento, al personal médico y de enfermería para cubrir la amplia y profunda transformación social que implicaba la obligación de proveer servicios de salud a cada uno de sus miembros. Se adoptaron nuevos postulados y leyes que, en diferentes ámbitos, aseguraron el acceso a una vivienda digna, al trabajo, a la educación. Estos derechos conquistados tributaron al desarrollo humano del conjunto de la sociedad, que hasta la actualidad han contribuido a la profundización de esos derechos y al crecimiento personal, familiar y de la nación.

En la actualidad, se brega por el concurso conjunto en materias más específicas como el de las personas mayores o en situación de discapacidad, las personas en situación de vulnerabilidad o las que son discriminadas por razón de género, o en aspectos como el adelanto de la mujer o los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

En el grupo poblacional de las personas mayores, puede concentrarse el análisis jurídico, principalmente, a partir de la proclamación de la Constitución de la República de Cuba en el año 2019, devenida en transversal y rector documento que, como corresponde, adoptó un grupo importante de principios, recogió una amplia gama de derechos y garantías ciudadanas y definió de forma precisa los encargos y obligaciones del Estado y el Gobierno para que garanticen el ejercicio pleno de esos derechos y garantías.

Resaltan los artículos 41 y 42 de la Carta Magna, que reconocen a la persona el goce y el ejercicio irrenunciable de los derechos humanos y a la no discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, edad, origen étnico, color de la piel, discapacidad, creencia religiosa o cualquier otra condición o circunstancia personal que implique distinción lesiva a la dignidad humana, para más tarde, en el artículo 46, reconocer, entre otros, el derecho a la salud, la seguridad, la educación, la cultura, la recreación, el deporte y el desarrollo social. Por otra parte, el artículo 72 expresa que la salud pública es

un derecho de todas las personas y responsabiliza al Estado con la garantía del acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios.

Al propio tiempo, y aunque data del año 1983, la Ley 41 Ley de la Salud Pública, dispone en el artículo 2, que la organización de la salud pública y la prestación de los servicios que le corresponde, los realiza el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y otras instituciones; y el artículo 3 refiere que este propio organismo tiene a su cargo la rectoría metodológica, técnica y científica en la prestación de los servicios y elabora el Plan Ramal de la Salud Pública. Específicamente el artículo 29 se pronuncia sobre la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud en la atención intersectorial a los ancianos mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación de índole biosicosocial, tendentes a lograr una vida activa y creativa en este grupo de edad.

En correspondencia con la Ley 41 de 1983, el Decreto 139 de 1988 dispuso sobre el reglamento de la ley, que dedica varios artículos a establecer los mecanismos de atención, las instituciones, programas y estrategias de salud dirigidos exclusivamente a las personas ancianas. De esta forma se reconocieron nuevas figuras de atención y servicios en la atención primaria de salud, ubicada en la comunidad y dirigida a todas las personas mayores, pero al mismo tiempo, previendo las necesidades de ancianos con limitaciones en la autonomía funcional. Estas figuras fueron reconocidas desde aquel momento en el sector sanitario cubano, como el consultorio del médico y enfermera de la familia y las casas de abuelos, junto con otras ya establecidas, como los policlínicos o los hogares de ancianos.

Este reglamento, con un alcance mayor, dispone por primera vez en materia jurídica e incorpora al ordenamiento interno los resultados de las investigaciones sociales y sanitarias que los expertos y representantes gubernamentales advertían como propósitos indispensables. Incorpora la asistencia social como una acción más de prevención y atención que permite identificar a ancianos en situaciones de vulnerabilidad y determina mecanismos de protección más allá del estricto ámbito sanitario, además de

atender con oportunidad las situaciones antes de que se conviertan en problemas de salud y demanden de mayores esfuerzos y recursos.

De esta forma el Sistema Nacional de Salud se dotó de diferentes regulaciones que disponen sobre la organización y el funcionamiento de servicios e instituciones médicas o sociales, que involucra a hospitales, policlínicos y clínicas estomatológicas en el ámbito asistencial, y de casas de abuelos y hogares de ancianos en el ámbito social, consolidando una red de atención integral de servicios sanitarios de acuerdo con las condiciones socioeconómicas y ambientales de la comunidad, que se complementaron con programas nacionales de salud que conducen los procesos de atención y conducción de las personas mayores, y las estrategias intersectoriales que involucran a otras actividades con responsabilidad en el cuidado y bienestar de estas personas en la sociedad.

Entre estos programas de salud adoptados por el Ministerio de Salud Pública, función reconocida en los cuerpos normativos antes citados, se encuentran los programas del médico y enfermera de la familia, el del adulto mayor y el de las personas en situación de discapacidad, los que se actualizan de forma periódica, teniendo en cuenta las experiencias válidas en el orden internacional y las derivadas de su implementación, que incluyen los resultados obtenidos en las ciencias médicas y sociales, los que contribuyen a ampliar los perfiles de atención y elevar los estándares de los servicios, e incorporan el desarrollo de las garantías constitucionales y la participación social de este grupo poblacional.

En la actualidad, se proyecta un crecimiento social sin precedentes a partir de los postulados recogidos en el anteproyecto de Código de las Familias, que como parte de un arduo proceso de conformación, que incluyó la revisión de diversos tratados internacionales, de sistemas jurídicos de diferentes países y una extensa e intensa actividad legislativa nacional, prevé de forma expresa los derechos de las personas mayores, los mecanismos de participación individual, social y familiar, la protección y la autoprotección, la autonomía y la capacidad progresiva, las voluntades anticipadas, los cuidados y cuidadores

y las obligaciones de los familiares a su cargo; así como las consecuencias de su inatención o maltrato, entre otros aspectos de alta relevancia que fortalecen ante el conjunto de la sociedad a este grupo poblacional.

El nuevo Código de las Familias tendrá sus efectos en la sociedad, no solo por lo revolucionario y justo de sus postulados, sino también y en gran medida por sus principales aportes, porque obliga a la actualización inmediata de diversos y trascendentes cuerpos normativos e impone la creación de otros, como los advertidos ya en materia judicial y sanitaria, de forma que su contenido encuentre el efectivo espacio de implementación.

En este sentido, el anteproyecto de ley de salud pública, que viene a ratificar en algunos casos, en otros a atemperar y en otros a incorporar en su nueva presentación, los propósitos contenidos en los diversos programas y estrategias de salud desarrollados desde el año 1983. Los resultados satisfactorios de los adelantos de la ciencia y la técnica, los compromisos internacionales de Cuba en materia sanitaria y otros, como los ya citados, y el referido a las personas mayores, requieren armonizar su propuesta con la legislación nacional vigente y con los proyectos de normas jurídicas y políticas públicas aprobadas. Es por ello que, a los efectos de establecer una coherencia funcional y legal, se ha considerado, además, incorporar a este anteproyecto de ley de salud pública, aquellas temáticas que sobre las personas mayores recoge el proyecto de Código de las Familias, las que deben tener una expresión de ley en el ámbito sanitario y de esta forma lograr los mecanismos de adopción efectiva de los derechos reconocidos y se puedan establecer las funciones del Estado y del Gobierno para su consecución.

En fase de elaboración se encuentra el diagnóstico legal sectorial, que estaría requiriendo la aprobación de un cronograma legislativo específico que se derivaría de la adopción de la nueva ley de salud pública, para de igual forma atemperar las regulaciones ramales sanitarias a los nuevos y trascendentes postulados que entrarán en vigor.

Los aspectos vinculados a los derechos y garantías de las personas mayores, en lo individual y colectivo son un desafío para las naciones. El desarrollo alcanzado en disímiles actividades impacta en la prolongación de los años de vida de las personas y ha permitido además, que esa extensión de vida se logre de forma satisfactoria, elevando su calidad, lo cual genera múltiples beneficios, pero obliga a su vez a adecuar los sistemas sanitarios, laborales, de seguridad y asistencia social, el educativo y el cultural, por citar los más representados, aristas que requieren de miradas diversas e interrelacionadas y la adopción de políticas públicas vinculadas al estudio de la situación demográfica de los países.

Corresponderá a la esfera del Derecho y sus operadores, de conjunto con los expertos y especialistas, evaluar la calidad de las normas que se adopten, la eficacia de sus postulados y, lo más importante, si estas garantizan el cumplimiento de los mandatos constitucionales relacionados con la protección de los derechos y garantías previstos para las personas mayores; además de mantener en un observatorio legal permanente las necesidades de actualización, de forma que estos derechos encuentren siempre el amparo objetivo materializado en un abuelo participando de la crianza de un nieto, de un anciano manifestando su voluntad para futuros cuidados, de un persona mayor concluyendo estudios universitarios o simplemente disfrutando de un ambiente de vida confortable y duradero.

Proyecciones intersectoriales para la atención y los cuidados

Las dinámicas que imponen los altos índices de esperanza de vida alcanzados, lejos de ser un pro-

blema, deberían enfocarse en fortalezas sociales, al incentivar, que personas relativamente sanas y con experiencias para aportar a los nobles propósitos de la sociedad, sean atendidas en planes de salud y de calidad de vida, incluso mucho antes de lo que hoy empiezan a ser tratadas, de forma que se identifiquen con oportunidad y se atiendan necesidades de salud o sociales que coadyuven a una mayor participación y bienestar de estas, todo lo cual requerirá del concurso de todos.

Por otra parte, se requerirá de una mayor preparación del personal sanitario y del legal, de trabajadores sociales y de todos aquellos profesionales u operadores técnicos vinculados en el ejercicio de atención a adultos mayores. El reconocimiento de estos nuevos derechos y garantías, la adopción de políticas públicas y la implementación de las normativas que las ejecuten exigirá nuevas formas de gestión y comunicación.

Si bien en materia sanitaria son incuestionables las diversas formas de atención y protección a las personas mayores, y en sentido general ha aumentado la percepción en la sociedad y en sus instituciones sobre el deber de cuidado que debemos proveer a este grupo poblacional, todo lo realizado es insuficiente.

Luego de lo avanzado, se requiere avanzar hacia un nivel que permita mayor alcance y garantía para los procesos, partiendo de una mirada de atención multisistémica, intersectorial y gubernamental, planificada y coordinada, en armonía con los ambientes comunitarios y demográficos, de forma tal que las acciones de protección a estas personas no sean actos espontáneos de buena voluntad, sino actos de Estado definidos que impliquen una actuación social justa, humana y ética.



Bibliografía

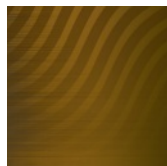
- Comunicado de prensa GINEBRA Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-09-2016-discrimination-and-negative-attitudes-about-ageing-are-bad-for-your-health>
- El envejecimiento: Un reto para los medios de comunicación. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. 2018. Disponible en: <http://mapeo.onu.org/cu/news/e6a2ac22cbec11e8946100163e211c9e/el-envejecimiento-un-reto-para-los-medios-de-comunicacion/>
- Elisa Dulcey Ruiz. La vejez: una buena noticia Retos para el periodismo de hoy. Red Latinoamericana de Gerontología y CEPISIGER Grupo de estudio e investigación sobre envejecimiento y vejez Bogotá, Colombia y Santiago de Chile 2015. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/La_vejez_una_buena_noticia-Retos_para_el_periodismo_de_hoy.pdf
- Fariñas Acosta. Para que vivir más sea también vivir mejor. Granma. 2019. Disponible en: <http://www.granma.cu/todo-salud/2019-09-26/para-que-vivir-mas-sea-tambien-vivir-mejor-26-09-2019-00-09-45>
- Fariñas Acosta. Problemas de la edad (I). Granma. 2017. Disponible en: <https://www.granma.cu/todo-salud/2017-01-15/problemas-de-la-edad-i-15-01-2017-22-01-13>
- Fariñas Acosta. Problemas de la edad (II). Granma. 2017 Disponible en: <https://www.granma.cu/todo-salud/2017-01-22/problemas-de-la-edad-ii-22-01-2017-21-01-03>
- González Moro y Rodríguez Rivera. Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). GEROINFO. Vol. 2 No. 2. 2006. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6825046/derribar-los-mitos-en-la-tercera-edad.-un-reto-para-la-%C3%A9tica>
- Hagestad Gungill O. Versión en Español de la ponencia Towards a society for all ages: new thinking, new language, new conversations, BULLETIN ON AGEING - # 2/3 (1998). Disponible: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Hagestad.pdf>
- Henríquez, P. y Sánchez, L. Impacto del programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor en el empoderamiento comunitario. Revista Cubana de Educación Superior [Internet]. 2020, [acceso: 8 febrero 2021]; 39(1). Disponible en <https://bit.ly/3a0jEqT>
- Huenchuan, S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Ciudad de México: CEPAL-México; 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
- Margaret Chan. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015. pág. VII. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Martín Santos. Comunicación para el Congreso Internacional sobre Envejecimiento

- Activo: El Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía. 2009. Disponible: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/envejecimientoactivo-martin-01.pdf>
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Censo de Población y Viviendas 2012. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/13001>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud 201, pág. 9. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Orosa T, Sánchez L. Envejecer aprendiendo: la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. Revista Temas, Longevidades [Internet]. 2020 [citado en octubre de 2021]; 100-101: 125-132. Disponible en: <http://cubarte.cult.cu/revista-temas/longevidades-numero-100-101-de-temas/>
- Orosa T. Aprender a envejecer: Modelo cubano en gerontología educativa. Revista Asociación Médica del Caribe (AMECA). 2018; 8(8):10-3.
- Orosa T. Impacto del Programa de Educación para Mayores en Cuba. Estudio psicológico [Tesis]. La Habana, inédita; 2007.
- Orosa, T. Programa Universitario para Mayores en Cuba: Cátedras Universitarias del Adulto Mayor. Sus antecedentes y principales resultados. En: Orosa T, compilador. Temas de Psicogerontología. La Habana: Editorial UH. Editorial Félix Varela; 2014. 199-211.
- Sánchez L. El programa educativo de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor como potenciador del empoderamiento desde una perspectiva de género. Ponencia. Taller EduMayores, febrero 2017. La Habana: Universidad de La Habana; 2017.
- Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe (SEMLac). Estereotipos complican tratamiento del envejecimiento en la prensa. 2018. Disponible en: <https://www.redsemlac-cuba.net/redsemlac/comunicacion/en-agenda/estereotipos-complican-tratamiento-del-envejecimiento-en-la-prensa/>
- Trinquete Díaz, DE, Paz Martín. Fecundidad, género y comunicación: (Des) articulaciones en medios de prensa cubanos. Fertility, gender and communication: Disarticulations in Cuban media. ARCIC, vol.7 supl.1, La Habana 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2411-99702018000400185
- Trinquete Díaz DE. Contar la población: Mediaciones para la comunicación de la dinámica demográfica. Novedades en Población, 2021. 17 (33). Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
- Yuni J, Urbano, C. Envejecer aprendiendo. Claves para un envejecimiento activo. Montevideo: Grupo Magro Editores; 2016.
-



CAPÍTULO 8

Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030



El envejecimiento saludable como una oportunidad para el desarrollo

Duniesky Cintra Cala, Alberto Ernesto Fernández Seco

Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo a un ritmo cada vez más rápido. Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2020 y 2030 el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará en el 34 %. En la actualidad, el número de personas de 60 años o más supera al de los niños menores de cinco años. En 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. En 2050, cerca del 65 % de las personas mayores vivirá en países de bajos y medianos ingresos. Se prevé, además, que el número de personas de 80 años o más se triplique entre los años 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

Siguiendo la tendencia mundial, en las próximas dos décadas, la población de la región de las Américas envejecerá más rápido que nunca y se espera que en 2030 tenga un mayor número de personas mayores que de niños menores de 15 años; es una situación que se producirá 25 años antes que el promedio mundial. Aunque los países experimentan este cambio demográfico a diferentes velocidades y en distintos momentos, las consecuencias de estos cambios en la salud de los individuos, así como en la organización, la fuerza de trabajo y el presupuesto de los sistemas de salud serán muy importantes en toda la región.

Cuba es uno de los países de la región con un acelerado envejecimiento de la población. Según datos del país reportados por la OMS, las personas mayores de 60 años representan el 22,8 % de la población y los mayores de 80 años el 4,1 %. La esperanza de vida de la población cubana a los 60 años es de 21,6 años, pero los de vida saludable a los 60 años es de 16,3 años.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. Para eso es esencial entender mejor el envejecimiento y las necesidades de los adultos mayores y trabajar en políticas y prácticas orientadas hacia un envejecimiento saludable en un contexto de diversidad y desigualdad elevadas.

En la actualidad, el envejecimiento saludable es un proceso que abarca todas las etapas de la vida, afecta a todas las personas y depende, en gran medida, de los recursos

y oportunidades de carácter social y económico de cada persona. Por ello, tal y como se indica en el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud publicado por la OMS en 2015, el envejecimiento saludable va estrechamente ligado a la desigualdad social y económica. Las desigualdades y dificultades para acceder a la salud, la educación o el empleo tienen una gran repercusión en la salud y se acumulan a lo largo de los años. No es posible olvidar otros factores sociales y culturales como el género o el origen, que tienen un gran impacto en las desigualdades y en el proceso de envejecimiento. Como mínimo 142 millones de personas mayores en el mundo no pueden satisfacer sus necesidades básicas, al no tener acceso a los recursos básicos necesarios para llevar una vida digna, lo que les impide gozar del pleno ejercicio de sus derechos.

Es importante dejar de ver la salud solo como la ausencia de enfermedades. Es preciso fomentar el bienestar, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de las capacidades para que las personas mayores puedan vivir como ellas elijan. Hay que tener en cuenta la heterogeneidad de las experiencias en la vejez y asegurar la pertinencia de las estrategias a seguir para la atención a todas las personas mayores, independientemente de su estado de salud.

La posibilidad de vivir más tiempo es uno de los logros colectivos más extraordinarios, alcanzado gracias a los avances en el desarrollo social, económico y sanitario. Es esencial que el aumento de la esperanza de vida también suponga mayor bienestar, para lo que es necesario que las personas puedan desarrollar y mantener las capacidades funcionales también durante la vejez. En otras palabras, se debe añadir vida a los años para poder aprovechar las oportunidades que supone una mayor longevidad. Cuando las personas mayores gozan de buena salud siguen participando en la vida familiar y en la de la comunidad, además de contribuir al fortalecimiento de la sociedad. Sin embargo, una mayor esperanza de vida puede ser motivo de preocupación para los responsables de formular políticas, dada la dificultad para lograr el aumento en los ingresos de aquellos países donde las personas mayores constituyen una parte

importante de la población. La salud es fundamental para la experiencia de la vejez y las oportunidades que brinda el envejecimiento y cuando las personas mayores envejecen con salud e independencia pueden continuar contribuyendo de diferentes maneras con sus comunidades y familias.

Los Estados miembros del sistema de las Naciones Unidas (ONU) proclamaron en la Resolución 75/131 de la Asamblea General al periodo 2021-2030 como la Década de las Naciones Unidas para el envejecimiento saludable, tras la aprobación de una propuesta de la 73 Asamblea Mundial de la Salud el 3 de agosto de 2020, ratificada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 14 de diciembre del año 2020. Se tuvo en cuenta la importancia decisiva de la solidaridad intergeneracional para el desarrollo social.

En este contexto, la proclamación de la Década del Envejecimiento Saludable tiene como objetivo aunar esfuerzos de Gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, instituciones académicas, medios de comunicación y del sector privado para poner en marcha medidas y planes de acción que mejoren la calidad de vida de las personas mayores, sus familias y, en definitiva, toda la sociedad. Está alineada con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su llamado a no dejar a nadie atrás; complementa el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA) establecido en el 2002.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 se diseña como un conjunto de acciones basadas en la colaboración concertada y sostenida para que el envejecimiento de la población deje de verse como un problema y pase a considerarse una oportunidad.

Las iniciativas emprendidas como parte de ella buscarán cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos con respecto a la edad y el envejecimiento, propiciar entornos que fomenten las capacidades de las personas mayores para participar y contribuir con sus comunidades y la sociedad, brindar atención integrada y servicios de salud primaria que se respondan con las necesidades de la persona mayor y proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesiten (fig. 8.1).

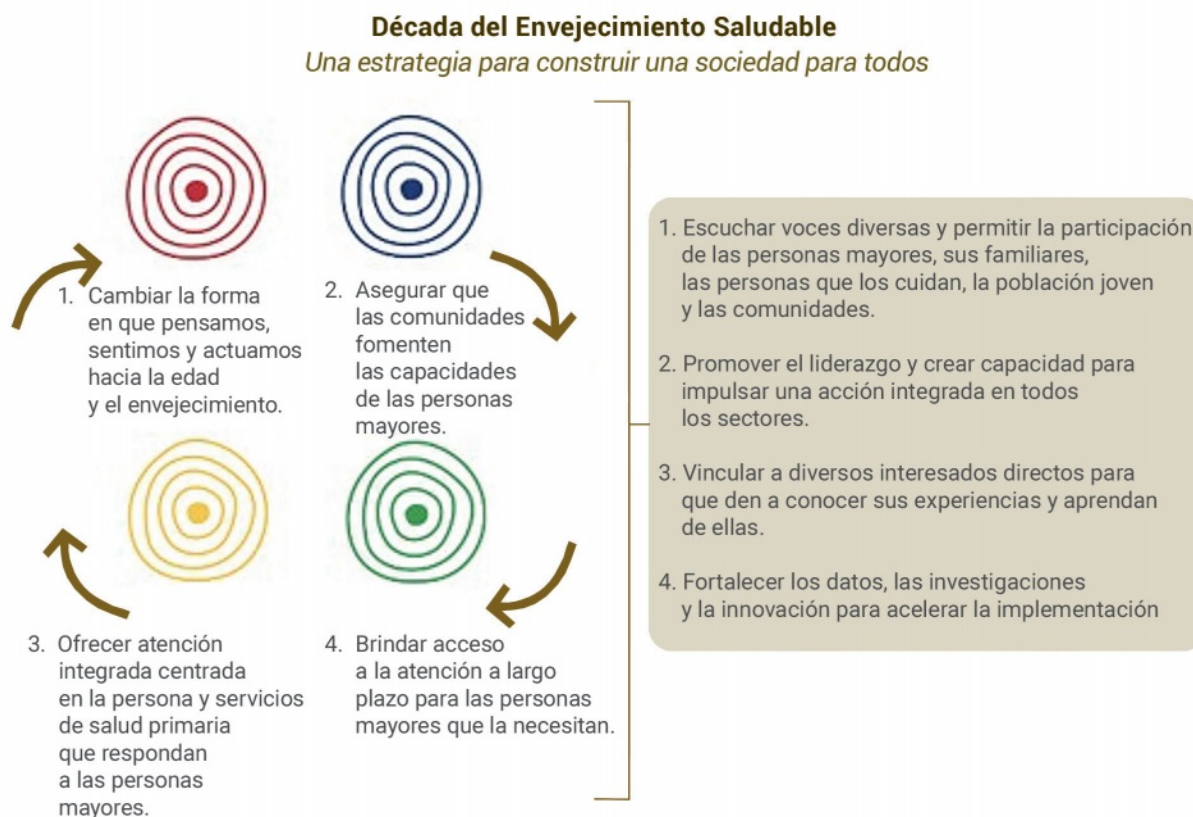


Fig. 8.1. Áreas de acción de la Década del Envejecimiento Saludable modificadas al contexto de Cuba. Fuente: OPS/OMS.

La Resolución de la ONU (75/131), que da continuidad al respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud a la Década, expresa la preocupación de que, a pesar de la previsibilidad del envejecimiento de la población y su ritmo acelerado, el mundo no está lo suficientemente preparado para responder a los derechos y necesidades de las personas mayores. Reconoce que el envejecimiento de la población afecta los sistemas de salud, pero también muchos otros aspectos de la sociedad, incluidos los mercados laborales y financieros y la demanda de bienes y servicios como educación, vivienda, atención a largo plazo, protección social e información. Por lo tanto, requiere un nuevo enfoque a nivel de toda la sociedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está a cargo de promover los avances en la salud de las personas mayores en América por medio del desarrollo

de planes como la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Las acciones de la OPS (Estados Miembros, socios y centros colaboradores) están basadas en el concepto de envejecimiento saludable plasmado en el *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* publicado por la OMS en el 2015, que lo conceptualiza como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Por eso es fundamental que las personas mayores disfruten de niveles de capacidad física y mental adecuados (capacidad intrínseca) y de ambientes que faciliten el desarrollo de las actividades que valoran (capacidad extrínseca); estos dos elementos y su relación posibilitan la capacidad funcional, o sea, el envejecimiento saludable.

Asumir que el envejecimiento saludable es la ausencia de enfermedades crónicas o que la edad cronológica avanzada por sí sola justifica la pérdida de salud y de calidad de vida son supuestos carentes de ética y de base científica.

Muchas personas al llegar a la vejez presentarán múltiples enfermedades y síntomas atípicos y pasarán por situaciones sociales o mentales asociadas al desarrollo de los grandes síndromes geriátricos. Por eso, necesitan una atención integral y centrada en la persona, para que sea posible comprender su situación de salud de manera integrada y proporcionar estrategias que fomenten sus capacidades, de modo que se alcancen resultados de salud más efectivos.

En este contexto, la OMS ha presentado la herramienta para evaluar las necesidades de salud y asistencia social para ser utilizadas en la atención primaria de salud, el Enfoque de Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE), con sistemas de atención para abordar las principales condiciones asociadas a la disminución de la capacidad intrínseca, como la pérdida de movilidad, la nutrición deficiente, la disminución de la agudeza visual, la pérdida auditiva, el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos. El ICOPE brinda vías de acceso a una evaluación más exhaustiva de las necesidades sociosanitarias de la persona mayor. A su vez, dicha evaluación conduce a un plan de atención personalizado, en el que se integran estrategias para revertir o frenar la disminución de la capacidad, evitar que el deterioro progrese, tratar las enfermedades existentes y atender las necesidades de asistencia social.

Se destaca en el informe mundial la necesidad de que las ciudades y las comunidades ofrezcan soluciones más adecuadas a las personas mayores. Entre ellas, por ejemplo, ayudas para desarrollar sus capacidades, satisfacer necesidades básicas, aprender, desarrollarse y tomar decisiones, mantener la movilidad, entablar y mantener relaciones y prestar ayuda.

La creación de entornos adaptados a las personas mayores requiere la acción de muchos sectores (salud, atención crónica, transporte, vivienda, trabajo, protección social, información y comunicación) y de

muchos actores (Gobierno, proveedores de servicios, sociedad civil, personas mayores y sus organizaciones, familias y amigos).

Trabajar para crear ciudades y comunidades sostenibles y accesibles para todos implica un proceso de mejora progresiva a lo largo de la vida en el que se armonicen las necesidades de las personas y los entornos en los que viven. Por eso en 2010 la OMS estableció la Red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, dado que el envejecimiento activo y saludable es un proceso que dura toda la vida. Una ciudad amigable con los mayores es una ciudad mejor para todas las edades. Por ejemplo, en Cuba hay 3 zonas registradas, el Consejo Popular Vedado del Municipio Plaza de la Revolución en el año 2019, el Consejo Popular Alamar Playa del municipio Habana del Este en el año 2021 y en el año 2022 el Municipio Habana Vieja (véanse ejemplos en el acápite siguiente “Historias de vida”).

Aunque el envejecimiento se asocia con frecuencia a la discapacidad y a las enfermedades y supone dependencia, la mayoría de las personas alcanzan la vejez con niveles adecuados de capacidad para vivir de manera independiente y mantener la salud y la participación familiar y comunitaria. En este contexto es fundamental que los profesionales de la salud estén preparados para brindar una atención integral a estas personas y que los servicios de salud, en especial la atención primaria, los estimulen a mantener sus capacidades por medio del autocuidado y el automanejo de sus condiciones crónicas.

Los programas basados en evidencia empírica son estrategias apoyadas por la OPS para que las personas desarrollen sus capacidades individuales de forma efectiva. Los servicios de atención primaria deben estar bien desarrollados y alineados con los servicios especializados y de cuidados a largo plazo para que las personas mayores que los necesiten puedan recibirlos de manera oportuna y adecuada.

La Década del Envejecimiento Saludable brinda oportunidades para:

- Realizar las adaptaciones e inversiones apropiadas para fomentar un envejecimiento saludable, en particular el desarrollo de unos servicios

integrados de atención sanitaria y social, la creación de unos entornos favorables a las personas mayores y aprovechar los beneficios resultantes en ámbitos como la mejora de la salud y la nutrición, las competencias y los conocimientos, la conectividad social, la seguridad personal y financiera y la dignidad personal.

- Utilizar las innovaciones tecnológicas, científicas, médicas (incluidos los nuevos tratamientos), las tecnologías de asistencia y las innovaciones digitales favorables al envejecimiento saludable.
- Hacer partícipes a diversos grupos de la sociedad civil, las comunidades y el sector privado en el diseño y la ejecución de las políticas y los programas, en particular los orientados a grupos marginados, excluidos y vulnerables, y reforzar la rendición de cuentas.

Específicamente, el valor añadido consistirá en:

- Subrayar la urgencia de emprender acciones dirigidas a mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades, y a armonizar las diversas medidas e inversiones.
- Ofrecer un plan nacional de acción sólido para la población de edad avanzada y las partes interesadas en la salud.
- Contribuir sistemáticamente a que se articulen y se hagan oír las diversas voces intergeneracionales sobre cuestiones relativas al envejecimiento saludable y establecer formas innovadoras de colaboración con las personas mayores.
- Ayudar a los países a cumplir compromisos importantes para las personas mayores desde ahora y hasta el 2030.
- Intercambiar perspectivas regionales y mundiales sobre diversas cuestiones relacionadas con el envejecimiento saludable y aprender de ellas.
- Habilitar una plataforma multilateral que impulse la ejecución de actividades y programas concretos, poniendo énfasis especial en el apoyo a los esfuerzos nacionales, desde el convencimiento de que la colaboración permite llegar más lejos de lo que puede llegar ninguna organización o institución por sí sola.

Para que la Década del Envejecimiento Saludable produzca resultados satisfactorios, todos los que se esfuercen por mejorar la vida de las personas mayores y la de sus familias y comunidades han de disponer de acceso igualitario a una gran cantidad de conocimientos a través de la plataforma de colaboración, espacio inclusivo en línea al que todos pueden acceder, compartir y producir todo el conocimiento necesario para implementarla.

Para el logro de las estrategias en cada área de acción es fundamental tener en cuenta los siguientes factores habilitadores:

- Escuchar las diferentes opiniones de las personas mayores y propiciar su participación significativa y la de todos los que conviven con ellas.
- Fortalecer el liderazgo y la capacidad de adoptar medidas apropiadas e integradas en distintos sectores.
- Poner en contacto a las distintas partes interesadas a nivel local y global para que compartan sus experiencias y extraigan enseñanzas de ellas.
- Impulsar la obtención de datos, la investigación y la innovación para acelerar la aplicación de las estrategias.

Estos ámbitos están estrechamente interconectados, contribuyen de forma conjunta a promover y fomentar un envejecimiento saludable y mejorar el bienestar de las personas mayores. Por ejemplo, para promover la salud es esencial contar con una atención primaria de salud que responda a las necesidades de las personas mayores, del mismo modo que para impulsar el desarrollo de las comunidades y fomentar las capacidades de las personas mayores hacen falta unos servicios de atención y apoyo integrados, tanto a nivel de salud como de asistencia social a largo plazo. El edadismo es una cuestión que debe abordarse a través de todas las políticas, programas y prácticas.

Dado el vínculo estrecho del plan de acción de la Década para el envejecimiento saludable de las Naciones Unidas con otros problemas globales críticos de nuestro tiempo, se desarrollaron una serie de resúmenes de promoción temáticos, la Serie Conexión de la década identifica los vínculos entre sus cuatro

áreas de acción y otras cuestiones mundiales claves que requieren una acción multisectorial. En esta serie existen ya tres conexiones: COVID-19, Agenda 2030, Década en un mundo en cambio climático.

Ha de destacarse que tales conexiones pueden ayudar a los Gobiernos y a otras partes interesadas a posicionarla dentro de compromisos y planes más amplios para avanzar hacia el desarrollo sostenible y no dejar a nadie atrás. Hacer estas conexiones también puede ayudar a desarrollar asociaciones y fomentar la colaboración entre sectores y partes interesadas a nivel comunitario, nacional y mundial.

El *Informe de líneas base*, publicado al comienzo de la década, en diciembre de 2020, reúne los datos disponibles para medir el envejecimiento saludable. El informe también analiza las capacidades de las personas (incluidas las físicas y mentales) y los entornos (que abarcan actitudes, servicios naturales y contruidos) en los que viven las personas, los que contribuyen a la capacidad funcional. Aunque el informe muestra datos importantes para conocer la situación de salud de las personas mayores al comienzo de la década, es importante resaltar también la necesidad de impulsar la recopilación de datos desglosados por edad para el mejor entendimiento, acción y monitoreo.

Se alentará a los Estados Miembros a producir y difundir datos, divulgar informes y organizar actos para debatir los progresos y adaptar los planes. Cuando así se solicite, la OMS, las Naciones Unidas y otro tipo de organismos podrán cooperar con estos en la elaboración de marcos nacionales de vigilancia para ampliar los indicadores básicos en función de las prioridades de cada país.

La OMS y los asociados de las Naciones Unidas elaborarán informes sobre la situación de partida (2020) al final del Decimotercer Programa General de Trabajo de la OMS (2023), a mitad de periodo (2026) y antes del final de la década (2029) y de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. Los informes sobre los progresos realizados se basarán en los informes anteriores de la OMS, en el mecanismo de presentación de informes del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y en los exámenes nacionales sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 es un llamado a la acción para cambiar la forma en que se ve el envejecimiento y para fortalecer los servicios, los sistemas y las comunidades con el fin de atender mejor las necesidades de las personas mayores. Es un movimiento global que ofrecerá a través de sus áreas de acción una visión clara para que los países puedan enfocar sus estrategias, acciones, recursos y sistemas, de acuerdo con las lecciones aprendidas durante la pandemia. Así, podrán responder mejor a las necesidades de las personas mayores en una “nueva normalidad” en que se valore, se incluya, se promueva y se proteja su salud, su bienestar y sus derechos humanos.

Ahora es el momento de transformar el actual escenario de vida en uno más positivo, que fomente el camino hacia una sociedad más inclusiva, equitativa y amigable hacia las personas mayores, anclada en los derechos humanos y guiada por la promesa compartida de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de “no dejar a nadie atrás”.

Historias de vida

En el marco de las acciones de implementación de la Red mundial de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, uno de los ejemplos de trabajo comunitario a destacar es el ocurrido en noviembre de 2019. Con el objetivo de celebrar 16 días de activismo por el “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres”, interactuaron varias generaciones en el área de salud del Policlínico Universitario Mario Escalona en el consejo popular Alamar en el municipio Habana del Este de la capital de Cuba. En esa ocasión enfocado a las personas mayores, los cuales también son víctimas de violencias.

Junto a la representación de la OPS/OMS en Cuba estuvo la Dirección Provincial de Salud del municipio Habana del Este y los colectivos laborales y estudiantiles del policlínico y escuelas de la comunidad. Se realizaron bailes, cantos, lectura de poesías y mucha actividad física. Las palabras centrales del intercambio estuvieron a cargo del Dr. José Moya, representante de OPS/OMS en Cuba, el que subrayó en su discurso la importancia de trabajar cooperadamente para que iniciativas como esas se multipliquen y el sector de

la salud pueda desempeñar el importante rol que le corresponde ante este problema social. Como cierre del intercambio, se develó una hermosa pintura que hace referencia a la importancia del amor y la comunicación entre generaciones, apropiada para fomentar una convivencia armónica, del reconocido artista de la plástica Maisel López. Luego del encuentro se generó un grupo de trabajo entre los líderes del Gobierno del municipio y el CITED. Con el trabajo conjunto logran la condición Consejo popular amigable con las personas mayores, en el año 2021 “Alamar Playa, Cuba”.

Otro ejemplo, más reciente, es la aprobación el día 25 de abril de 2022 del “Municipio cubano Habana Vieja” como miembro de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para dar a conocer esta noticia a los actores locales y organizar los pasos que el territorio debe desarrollar en lo adelante, la Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana (OHCH), junto con el Gobierno municipal, organizaron un encuentro en la localidad. A la actividad asistieron consultores de la representación de OPS/OMS en Cuba.

Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, la participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En términos prácticos, se adaptan las estructuras y los servicios para que sean accesibles e incluyan a quienes tienen más edad, con sus diversas necesidades y capacidades.

La vivienda, el transporte, los espacios al aire libre, el empleo, la comunicación, la información y los servicios de salud, son algunos de los términos esenciales para lograr formar parte de esta red. En el caso de Cuba, además de la Habana Vieja, ya se incorporaron dos consejos populares, uno del municipio Plaza y otro de Habana del Este.

Durante el encuentro, Perla Rosales, Directora General Adjunta de la Oficina del Historiador de la Ciudad de La Habana (OHCH), manifestó que la red promueve un llamado a trabajar desde la intersectorialidad y un

enfoque más participativo en general. Resaltó, que la inclusión y el respeto son muy importantes para avanzar hacia entornos amigables; una meta que demanda la articulación entre el Gobierno, las instituciones de cultura, educación, salud y otros sectores.

Los derechos culturales de las personas mayores y cómo acercar la ciencia y la academia a la atención de estas, fueron algunos de los temas tratados por Katia Cárdenas, Directora de Gestión Cultural de la OHCH, quien también comentó sobre la guía de servicio que utilizan con vistas al proceso de atención de los mayores. Por su parte, Alexis Acosta, intendente del Consejo de Administración Municipal (CAM), agradeció el intercambio y exhortó a continuar trabajando en equipo. Asimismo, ante los participantes, formalizó la inclusión de Habana Vieja en la red; primer municipio cubano incorporado en su totalidad.

El consultor de OPS, Dr. Cintra, ahondó sobre lo que significa pertenecer a la red y los desafíos que implica, así como las características que pueden adquirir los entornos para ser amigables con las personas mayores. Por ejemplo, son recomendables los ambientes agradables y limpios, los espacios verdes, la disponibilidad de zonas para sentarse y descansar, el buen estado de las aceras, la existencia de cruces peatonales y de una señalización adecuada, además de contar con servicios básicos de fácil acceso, situados en planta baja.

Como se menciona en la *Guía de ciudades globales amigables con las personas mayores* de la OPS/OMS, el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida; una ciudad amigable con los mayores no solo es amigable con quienes tienen más edad. Los edificios y las calles libres de barreras mejoran la movilidad e independencia de personas con discapacidad, tanto jóvenes como mayores. Un entorno de barrios seguros permitirá a niños, mujeres jóvenes y personas mayores salir con confianza para participar en actividades de recreación física y social. Las familias soportan menos presión cuando sus integrantes de mayor edad cuentan con el apoyo comunitario y los servicios de salud que necesitan.





Principales acciones en Cuba

Alberto Ernesto Fernández Seco, Duniesky Cintra Cala

Debido a los retos que demanda la atención del proceso de envejecimiento poblacional de forma inclusiva, en las dimensiones salud, empleo, seguridad social y familia, y a su vez, armonizar el Sistema Nacional de Salud con las necesidades cada vez más crecientes de la población adulta mayor, se hace necesario la elaboración de un plan de acción con el objetivo estratégico de atender los altos niveles y su incidencia en la calidad de vida de la población en general y específicamente de la envejecida (fig. 8.2).



Fig. 8.2. Imagen utilizada en Cuba para promocionar las acciones de la Década del Envejecimiento Saludable.

Se enumeran a continuación las principales acciones por cada área:

Área de acción I. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento:

- Realizar consulta popular sobre el Proyecto del Código de las Familias. Realizada durante el primer semestre del 2022, con el 45 % de modificaciones a partir de propuestas de la población. Este incluye los derechos de las personas mayores y los deberes de las familias y cuidadores. Para ser aprobado antes de finalizar el año en curso.
- Actualizar la Ley de Salud Pública y su Reglamento. Incorpora derechos y mecanismos de aseguramiento y protección de las personas mayores y sus cuidadores,

con un lenguaje actualizado y eliminando discriminaciones. Para ser aprobado antes de finalizar el año en curso.

- Implementar programas culturales y de comunicación sobre el proceso de envejecimiento y la dinámica familiar, con el objetivo de sensibilizar, valorizar y entretener a la población y los adultos mayores. El Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS) debe tributar al centro de Estudios Demográficos (CEDEM) para que pueda realizar la campaña comunicacional relacionada con el envejecimiento. Se evaluarán los resultados una vez al año a partir del 2023.
- Incrementar el número de graduados en las cátedras del adulto mayor hasta llegar a 15 000 anualmente para el 2030.
- Incrementar el número de profesores, instructores de arte, gestores, especialistas y promotores capacitados para brindar atención cultural a los adultos mayores. Hasta llegar al 100 % en el 2030.
- Perfeccionar el alcance y aumentar las acciones y actividades para los adultos mayores desarrolladas por el MINCULT, las direcciones municipales y provinciales de cultura, concebidas desde los talleres de programación institucionales, municipales, provinciales y nacionales.
- Brindar un eficiente asesoramiento legal a todos los procesos de elaboración normativa que se implementen, las normas jurídicas de cualquier rango. Velar por su apego a lo preceptuado en la Constitución de la República y el ordenamiento jurídico cubano sobre la materia en cuestión vigente.
- Realizar la Encuesta Nacional de Envejecimiento. Primeros resultados en noviembre 2023.
- Desarrollar las investigaciones correspondientes al Programa Nacional (PNCTI 03) “Envejecimiento, Longevidad y Salud”. Primeros resultados diciembre 2022, después, en junio y diciembre de cada año.
- Realizar el “Tercer estudio longitudinal Envejecimiento y Alzheimer” por parte del Grupo de investigación de Alzheimer, que permitirá brindar

información acerca de la prevalencia, incidencia y los factores de riesgo de demencia en la población cubana y las tendencias en el tiempo. Se realizará entre 2022-2024.

- Realizar el estudio “Laboratorio de Diseño para el Desarrollo de Proyectos Amigables con las Personas Mayores” por parte de la Oficina Nacional de Diseño (ONDI). Primeros resultados en diciembre 2023.
- Fomentar las actividades educativas e intergeneracionales en las instituciones sociales y en las aulas del adulto mayor para incentivar la solidaridad intergeneracional.

Área de acción II: Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan:

- Incrementar el número de casas de abuelos y de las capacidades para las personas mayores, para llegar a 370 casas en el año 2030 (40 más).
- Incrementar el número de hogares de ancianos y camas, para llegar a 188 hogares (30 más) y 15 000 camas (2357 más) para el año 2030.
- Lograr que el 100 % de los policlínicos tengan organizada la escuela de cuidadores, según la demanda de cada territorio.
- Realizar capacitación semestral al 100 % de los cuidadores formales. El 100 % de las instituciones sociales contarán con el manual de las escuelas de cuidadores.
- Implementar la teleasistencia en las provincias Artemisa y Mayabeque, para luego extenderla al resto del territorio nacional.
- Incrementar el número de incorporaciones e integrantes de los círculos de abuelos.
- Incrementar el número de los servicios y camas de geriatría con el objetivo de elevar la calidad en el segundo nivel de atención, y desarrollar programas de geriatrización hospitalaria para llegar a 63 servicios y mil 206 camas en el 2030.
- Ejecutar campañas de diagnóstico de enfermedades que de no atenderse tempranamente pueden terminar en tumores malignos.

- Incrementar la realización de las pruebas de tamizaje y diagnóstico temprano del cáncer en los adultos mayores. Alcanzar en el 2030 que el 65 % de las personas mayores se realicen el test de sangre oculta en heces fecales (SUMASOHF) para la pesquisa de cáncer de colon, que el 85 % de las mujeres se realicen la prueba citológica para pesquisa de cáncer de cuello uterino y de mama, que el 85 % de los hombres se realicen la prueba de PSA para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata.
- Realizar examen estomatológico a través de pesquisa activa a la población adulta mayor para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas y malignas del complejo bucal.
- Incentivar la práctica de servicios innovadores de atención a largo plazo al adulto mayor en formas no estatales.
- Mantener la administración de Biomodulina T®, cada 6 meses, a todos los adultos mayores residentes en hogares de ancianos, centros médicos psicopedagógicos y servicios de larga estadía en hospitales psiquiátricos.
- Promover el desarrollo, producción y disponibilidad de tecnologías e innovaciones asistenciales y digitales que tributen a los cuidados a largo plazo con calidad.

Área de acción III. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores:

- Incrementar la participación de los adultos mayores en los círculos de abuelos, para su socialización, así como para mantener o recuperar la capacidad funcional; hasta alcanzar el 45 % del total de las personas mayores incorporadas.
- Extender las ciudades y entornos amigables a todos los municipios de país.
- Proporcionar información sobre actividades sociales y de ocio dirigidas a facilitar la inclusión y las oportunidades de participación para reducir la soledad y el aislamiento social en los espacios destinados a los círculos de abuelos, aulas de las cátedras de adulto mayor y otros.
- Promocionar en todos los sectores y con los actores de la comunidad, acciones que favorezcan el envejecimiento saludable.
- Estimular en las comunidades rurales y urbanas el conocimiento y la comprensión de la edad y el envejecimiento.
- Fomentar el diálogo, el aprendizaje y la colaboración intergeneracional para favorecer el incremento de la calidad de vida de las personas mayores.

Área de acción IV. Ofrecer atención integrada, centrada en la persona y los servicios de salud primaria, que respondan a las personas mayores:

- Perfeccionar la atención primaria de salud como principal escenario para la atención a las personas mayores.
- Mantener la cobertura del 100 % de los consultorios con su médico y enfermera de la familia (11 129).
- Realizarle al 100 % de las personas mayores el examen periódico de salud con una frecuencia anual.
- Recuperar la atención especializada de los Equipos Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) en el 100 % de las áreas de salud para el 2023, que permita fortalecer la atención a las personas mayores frágiles y en estado de necesidad.
- Crear consultas de memoria en la atención primaria de salud, hasta alcanzar el 95 % de las áreas de salud en el año 2030.
- Extender el pesquiasaje de pérdida auditiva y garantizar, paulatinamente, la demanda de prótesis auditivas de las personas mayores que las necesitan, hasta alcanzar el 70 % de cobertura en el 2030.
- Incrementar el número de especialistas en Gerontología y Geriátrica que permita dar respuesta a las necesidades de cada territorio, para alcanzar en el 2030 un total de 400 especialistas.
- Garantizar la capacitación de los médicos y enfermeras de las familias en materia de envejecimiento, en particular en temas de cuidados, alzhéimer y otros trastornos cognitivos.

- Ampliar la gama de servicios dirigidos a las personas mayores, como la vacunación, detección, prevención, control y manejo de enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como de las afecciones relacionadas con la edad.
- Promocionar los temas relacionados con los cuidados paliativos y terminales, así como la atención especializada a largo plazo y al final de la vida.
- Aumentar la capacidad de colaboración intersectorial en materia de envejecimiento saludable, en particular la participación de las asociaciones no gubernamentales.
- Promover los derechos humanos de las personas mayores y combatir el edadismo en la atención de salud.
- Realizar investigaciones que aporten cambios en los sistemas de salud en favor de las personas mayores.
- Incluir en los centros de formación docente planes de estudio que aborden temas relativos al envejecimiento y los problemas de salud inherentes a esta etapa de la vida.
- Promover la utilización de tecnologías e innovaciones asistenciales y digitales que incrementen el acceso a servicios sanitarios y sociales de calidad.

Optimizar la “capacidad funcional” es el objetivo de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, que incluye cinco habilidades interrelacionadas, las que todas las personas mayores deberían disfrutar: capacidad de satisfacer las necesidades básicas, seguir aprendiendo y tomando decisiones, ser móvil, construir y mantener relaciones y contribuir a la sociedad.





El diseño y sus miradas al curso de vida saludable

Carmen Gómez Pozo

La vida es ese gran proyecto que tiene cada ser humano. Es el reto de gestar a diario, la obra personalísima, devenida colectiva en el acontecer en sociedad, que se transforma y alcanza dimensiones diversas, únicas, en ocasiones impensables. Es la sucesión de experiencias que dibujan, bordan caminos, construyen puentes y trazan las rutas necesarias para edificar más que un futuro lejano, un presente deseado, estructurado y planificado, con los atributos que nunca podrían faltar en el diseño de una existencia plena y saludable.

Diseñar para promover salud durante todo el curso de la vida requiere la formulación de la interrogante correcta, aquella que incluya todas las variables del fenómeno. Responder a la pregunta sobre lo que puede hacerse desde el diseño para promover el envejecimiento saludable de nuestra sociedad ha constituido el punto de partida para la Oficina Nacional de Diseño (ONDI) en este empeño.

Creada en 1980, la ONDI ha sido vanguardia a escala latinoamericana en posicionar la disciplina con carácter rector en la estructura del Estado. Miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Diseño (ALADI) y de la Red Latinoamericana de Políticas Públicas y Diseño (PP&D), es la institución encargada de organizar y conducir la Política Nacional de Diseño en Cuba.

Las experiencias que se exponen en este texto resumen algunos de los caminos transitados para contribuir a la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Han sido concebidas desde la función estatal de insertar el diseño en la industria, la educación y la cultura, y de esta forma contribuir a la racionalidad, la sostenibilidad, el desarrollo, la innovación y la eficiencia de las organizaciones del país.

La concepción del Programa VIAS Diseño amigable (visión, innovación, acción, sociedad), que conduce la ONDI, tiene el propósito de incidir y articularse con las diferentes políticas y programas que a nivel de país trabajan favorablemente en la dinámica demográfica. Fruto de la madurez y evolución, el programa ha ganado una nueva arista dirigida a niños y adolescentes bajo el nombre VIAS Esperanza. Con la apropiación

de la frase martiana “Los niños son la esperanza del mundo” promueve el intercambio intergeneracional y el reconocimiento mutuo a favor de la inclusión y el respeto a los derechos de los mayores. El diseño de las identidades de VIAS Diseño amigable y VIAS Esperanza ha formado parte de la estrategia comunicativa y el sello que identifica las acciones.

La concepción de J. Franky resulta orientadora para la postura que debe asumir el diseño en el marco del decenio, en su libro *El acto de diseñar entre otras quijotadas* plantea: “en cuanto a sueño, en la construcción de un futuro deseable, el diseño adquiere tintes de planeación, debería rebasar el ámbito de los proyectos particulares o puntuales y apuntar políticamente a la transformación social”.

Con esa perspectiva, VIAS se constituye en un programa que promueve alianzas, moviliza actores y desarrolla capacidades investigativas que tributan a ejes estratégicos de desarrollo del país. Se sustenta en la resolución de problemas a partir de las competencias que aportan las disciplinas Diseño industrial y Diseño de comunicación visual, junto a la integración con otras. Para definir sus esferas de actuación y pautar los atributos que caracterizan cada entrega como entornos seguros, accesibles e inclusivos (fig. 8.3), se acoge al principio, definido por la Federación Internacional de las Asociaciones de Personas Mayores (FIAPA) en el 2017, de que la investigación interdisciplinaria relativa a la vejez debe volverse una prioridad.

La propuesta metodológica de VIAS se fundamenta en el gerontodiseño. Es una especialidad joven que busca proyectar espacios, comunicación, bienes y servicios, con y para los adultos mayores, mediante un diseño sustentable, emocional, universal e inclusivo. Los presupuestos para innovar desde las múltiples miradas y de la interdisciplinariedad se basan en las alianzas intersectoriales y el enfoque de co-diseño, que ofrece la posibilidad de invitar a los usuarios a formar parte del proceso.

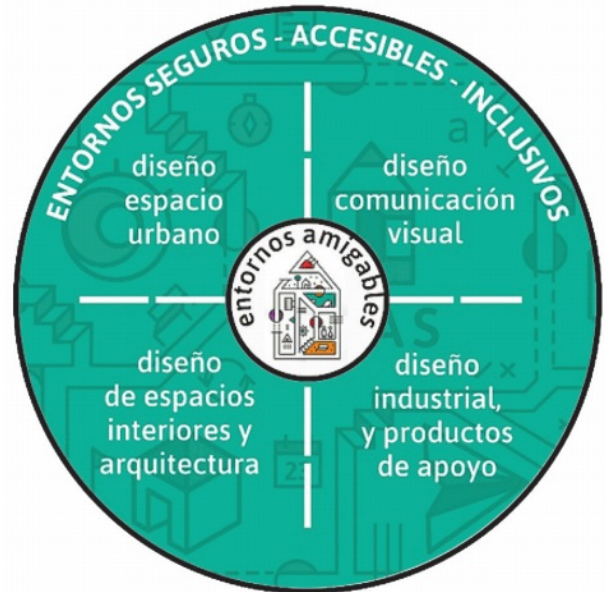


Fig. 8.3. Esferas de actuación del Programa VIAS. Fuente: elaborado por equipo ONDI.

El beneficio de las alianzas

La condición de oficina nacional que ostenta la ONDI ha favorecido el acompañamiento y orientación estratégica del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) y la Sociedad Cubana de Geriátrica y Gerontología (SCGG), pilares en la concepción del Programa integral de atención a las personas mayores en Cuba. En todos estos intercambios ha sido prioridad sensibilizar para lograr el bienestar y la búsqueda de la equidad de las personas mayores.

En plena situación pandémica, transmitir los principios declarados por la plataforma del decenio y celebrar el primero de octubre, “Día Internacional de las personas mayores” constituyeron los espacios idóneos para la retroalimentación con geriatras y gerontólogos en función de construir mensajes positivos, disruptivos de la visión negativa y promotores de reconocimiento a los derechos (fig. 8.4). Con la

máxima “envejecer es revolucionar” se realizó la capacitación de los adultos mayores de seguir soñando y cooperando, de apoyar el cumplimiento de las medidas sanitarias, además del valioso papel desempeñado en la protección de la familia.

El Dr. Alberto Fernández Seco, uno de los autores de este texto, expresó sobre los adultos mayores en una entrevista realizada a propósito de la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo publicada en el periódico Granma, que los adultos mayores no son solo una población tributaria de cuidados, sino la historia viva de los pueblos, y los cubanos sienten gran orgullo de sus adultos mayores: la generación protagonista de los grandes cambios sociales en el país.

El plan de comunicación definido se distingue por la sistematicidad en utilizar el sitio y las redes sociales de la ONDI, el sistema de comunicación del

Registro Nacional de Diseño y los sitios de las organizaciones aliadas como el del MINSAP, el Centro de estudios de desarrollo local (CEDEL), la revista de los universitarios cubanos *Alma Máter*, el Instituto Superior de Diseño (ISDI), entre otros medios de difusión como la radio y la televisión.

Otra arista estratégica para sensibilizar resulta el acercamiento a los decisores, debido a la responsabilidad que asumen en la conformación del entorno construido. Con el lema “Envejecer no es el problema”, se desarrolló una campaña que remite semánticamente a la búsqueda del problema, a la vez que enfatiza y valoriza el destierro del prejuicio estereotipado de que envejecer es un problema. La propuesta del sistema de spots, transmitidos por la televisión nacional con gran efectividad, confirma el acompañamiento del Estado y el interés por atender las demandas de este segmento poblacional.



Fig. 8.4. Postales diseñadas para celebrar el Día Internacional de las personas mayores. Fuente: Trabajos de curso ISDI con asesoría ONDI-VIAS.

La fundamentación de las líneas y ejes de mensajes ha tenido un escenario propicio en internet, con la realización de una encuesta de autopercepción y percepción de la imagen de las personas mayores. Tiene sus antecedentes en la Encuesta nacional sobre envejecimiento poblacional en Cuba realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas. Por iniciativa del CITED y en coordinación con el Centro de Estudios de la Televisión Cubana, la encuesta *online* permitió evaluar el papel de este medio en la conformación de estereotipos y paradigmas de comportamientos.

Un eslabón esencial en el logro de los propósitos comunicativos ha constituido la función de la ONDI como unidad docente en interacción con otras instituciones académicas. El Instituto Superior de Diseño (ISDI), universidad dedicada a la formación de diseñadores industriales y de comunicación visual, emprende anualmente propuestas de diseño en atención a la dinámica demográfica de nuestro país; las que se insertan al Programa VIAS como estrategia temática y se gestionan en el marco del plan de estudios y los objetivos por años, para convertirse en trabajos de curso, ejercicios de graduación o proyectos cortos en la modalidad de prácticas laborales.

Un ejemplo en materia de diseño industrial fue el desarrollo de una asignatura optativa que llevó justo el nombre de Gerontodiseño, la que se propuso detectar las demandas de las personas mayores, desde el principio de la empatía y la observación consciente de sus jornadas cotidianas. Como resultado de ese taller fueron diversas las respuestas que propusieron entornos más amigables y accesibles.

Los trabajos de graduación también han realizado aportes sustanciales en la evaluación y definición de atributos para el diseño de espacios, mobiliario, vestuario, accesorios y calzado. Todos los contenidos estudiados y los resultados de diseño constituyen material de referencia para estudiantes y especialistas en salud. Desde la concepción multidisciplinaria y la coproducción el propósito es bidireccional, que los diseñadores se apropien de las demandas de la salud y que los especialistas de la salud reconozcan el lenguaje del diseño, sus beneficios y aportes preventivos.

Necesidad de espacios colaborativos y participativos

La realización de encuentros conjuntos con la presencia de representantes del Gobierno del municipio, el intercambio en los talleres de empoderamiento y el perfeccionamiento de herramientas para la evaluación del entorno de las personas mayores, forman parte de procesos colaborativos y participativos que buscan beneficiar a la comunidad. También se han insertado en el camino de estas experiencias profesores y estudiantes de otras disciplinas afines, como arquitectura, comunicación social y sociología, relaciones que permiten ofrecer respuestas más integrales.

El espacio de la comunidad ha compartido el concepto de Barrio diseño, que se expresa en la integración, junto al ISDI y la ONDI, de otros proyectos y programas. Entre ellos PIES Plaza, Programa integral para el envejecimiento saludable, el apoyo a la inserción del municipio Plaza de la Revolución en la Red de ciudades amigables con las personas mayores y el Proyecto KNOW Habana, Conocimiento en acción para una equidad urbana, gestionado por el Grupo de investigación y acción urbanas (INVAcURB) de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Tecnológica de La Habana José Antonio Echeverría (CUJAE).

Todas estas acciones se relacionan conceptualmente con la red de ciudades amigables, que es un proyecto impulsado por la Organización Mundial de la salud y cuyo propósito es ayudar a las ciudades, municipios o comunidades a mirarse desde la perspectiva de las personas mayores, identificar en qué aspectos y de qué manera pueden ser más amigables para ellas. Fue concebido en junio de 2005 en la sesión inaugural del XVIII Congreso Mundial sobre Gerontología en Río de Janeiro, Brasil.

Más allá de las respuestas académicas la condición de ser una entidad adscrita al Ministerio de Industrias que posee la ONDI, favorece la posibilidad de incidir en las capacidades funcionales de las personas mayores. La propuesta de un "laboratorio para el desarrollo de productos amigables con las personas mayores", en alianza con el Centro de Investigaciones de la Industria Ligera (CIDIL), prevé tender un puente

entre las capacidades investigativas y proyectuales y las posibilidades productivas de la industria cubana.

Los primeros pasos han sistematizado talleres y seminarios con especialistas de ortopedia del CITED, técnicos e ingenieros de la industria, diseñadores y artesanos, con el propósito de perfeccionar el Sistema Nacional de Evaluación del Diseño (SNED), en este caso específico referido al calzado. La actualización y socialización de sus indicadores ha contribuido a una mejor comprensión de los procesos de desarrollo e importación de esta tipología de productos. En nuestro contexto demográfico, atender prioritariamente el calzado, resulta relevante, debido a la alta incidencia y ocurrencia de deformaciones en la estructura ósea que pueden traducirse en accidentes y caídas en las personas.

La necesidad de protección y seguridad que demandan el calzado y el vestuario de las personas mayores, junto a la posibilidad de sentirse reconocidos e incluidos socialmente, favoreció el concepto de las acciones desarrolladas en la II Bienal de Diseño de La Habana (BDH). Ante la pregunta ¿cómo quiero envejecer? se presentó un concurso de fotografía y

una colección de vestuario que integró a los círculos de abuelos; ambas acciones tuvieron alta repercusión en los medios. Resultó inspirador el aumento de la autoestima y la emotividad de las personas mayores participantes en todo el proceso de trabajo hasta su presentación como modelos en el desfile y en los espacios televisivos.

Las experiencias descritas confirman el sentido prospectivo del diseño, su responsabilidad en la atención a las esencias de la necesidad y no a la respuesta mimética que reproduce el objeto conocido o el mensaje estereotipado. Tal y como plantea el eslogan de la reunión del ICSID (*International Council Societies of Industrial Design*) en Canadá 1997, no se trata del mundo del diseño, sino del diseño del mundo.

Las miradas de la ONDI hacia el curso de vida saludable, tienen como pilar su propia misión, desde educar y orientar a través de los planes de comunicación hasta la inserción del diseño en el contexto productivo y la realidad de un entorno sostenible, accesible y amigable.



Bibliografía

- Federación Internacional de las Asociaciones de Personas Mayores (FIAPA). Manifiesto De La Habana “Los Derechos de las Personas Mayores En El Mundo”. Congreso Internacional de los Derechos de las Personas Mayores en el Mundo, organizado del 3 al 6 de abril del 2017, La Habana, Cuba. 2017. Disponible en: https://www.redcont.com/wp-content/uploads/2017/07/FIAPA_Manifeste-La-Havane-VE-1.pdf
- Fernández Seco, Alberto. Entrevista realizada a propósito de la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo. En Lisandra Fariñas Acosta. El desafío de una sociedad para todas las edades. Periódico Granma, 14 de agosto de 2018, p. 2. Disponible en: www.granma.cu
- Foro Económico Mundial. Health and healthcare in the fourth industrial revolution. Global Future Council on the Future of health and healthcare 2016-2018. Coligny, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF__Shaping_the_Future_of_Health_Council_Report.pdf
- Franky Rodríguez J. El Acto de diseñar entre otras quijotadas. Edit. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2015. ISBN: 978-9978-77-228-7. Pág. 77.
- Intergovernmental Panel of Climate Change, IPCC. Assessment Report of the Sixth Intergovernmental Panel on Climate Change: Working Group II – Impacts, adaptation and vulnerability. 2021 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.ipcc.ch/assessment-report/ar6/>
- Oficina Nacional de Diseño. Envejecer con diseños inclusivos. Revista La Tiza No 5. Disponible en: <http://www.ondi.cu/wp-content/uploads/descargas/Tiza5web.pdf>
- Oficina Nacional de Diseño. Por un envejecimiento activo y saludable. Revista La Tiza No 10. Disponible en: <http://www.ondi.cu/wp-content/uploads/descargas/Tiza10web.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8-12 de abril de 2002. Nueva York (NY), 2002 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>
- Organización de Naciones Unidas. World population ageing 2019. Highlights. Nueva York (NY), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global campaign to combat ageism. Ginebra, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/ageism/campaign/en/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global strategy and action plan on ageing and health. Ginebra, 2017 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, 2015 [consultado abril 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Integrated care for older people. Ginebra, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Preparing a decade of healthy ageing – lessons from existing decades of action. Ginebra, 2018 [consultado abril 2022]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/analysis-report-decades-of-action.pdf?sfvrsn=989fd17a_6
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores. Ginebra, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Stronger collaboration, better health. Global action plan for healthy lives and well-being for all: strengthening collaboration among multilateral organizations to accelerate country progress on the health-related Sustainable Development Goals. Ginebra, 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-globalaction-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all>
- Perfil de país. Cuba. Plataforma interactiva de búsquedas de perfiles de países. Link para Cuba disponible en: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/ageing-country-profile?bookmarkId=27424745-594d-4e53-93e1-cc8508e621ed>
- Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas Mayores. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14183:age-friendly-network&Itemid=42450&lang=es
- Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad del Diseño (SNECD). Disponible en: <http://www.ondi.cu/evaluacion/>
- World Health Organization, Committed To Becoming More Age-Friendly. Referencia del sitio donde se aprueba al municipio Habana Vieja. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/la-habana-vieja/>
- World Health Organization. 10 fast facts on climate change and health. Geneva: 2021 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/fast-facts-on-climate-change-health>
- World Health Organization. COVID-19 and the decade of healthy ageing (Connection series No. 1). Geneva: 2021 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-connection-series-no1>

World Health Organization. Decade of Healthy Ageing Connection Series No. 2 - Agenda 2030, Geneva: 2021 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-connection-series-no2>

World Health Organization. Decade of Healthy Ageing Connection Series No. 3 - The Decade in a Climate-changing World. Geneva: 2021 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-connection-series-no3>



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS



Ministerio
de Salud Pública

ISBN 978-959-316-016-2



9 789593 160162

www.ecimed.sld.cu