

## **Las respuestas de salud en la tercera edad.**

**Autora:** Ing. Alina C Alfonso León. (Investigador Auxiliar, Centro de Estudios de Estudios de Población y Desarrollo/ Oficina Nacional de Estadísticas).

### **Resumen**

La concepción de la Salud ha transitado de una orientación individual, hacia un enfoque sistémico más integrador, donde interactúan los efectos causados por agentes biológicos, con los estilos de vida de las personas. Hoy en día no sólo es relevante el hecho de que el sujeto esté o no sano, también se le otorga gran atención, al normal desenvolvimiento de los individuos en el marco de una sociedad determinada, capaz de proveer, o no, el entorno adecuado para el disfrute de una vida larga, plena y saludable. Cuba ha experimentado durante la última centuria, importantes transformaciones en su perfil epidemiológico.

El efecto del modo de vida en la salud, se refleja en una población caracterizada actualmente, por su inobjetable envejecimiento y el lento incremento del número de habitantes. De acuerdo a los datos publicados por la Oficina Nacional de Estadística, el crecimiento demográfico ha mostrado signos negativos en los años comprendidos entre el 2006 y el 2008; paralelamente, más del 16% de la población tiene 60 años y más.

A partir de datos provenientes de la II Encuesta de Factores de Riesgo para la salud y enfermedades no transmisibles y la Encuesta de Hogares, centrados en el segmento de habitantes con edades de 60 años y más, se evaluarán ciertos comportamientos de salud seguidos por estas personas

## Introducción

A nivel mundial, la concepción de la Salud ha transitado paulatinamente de una orientación individual, hacia un enfoque sistémico más integrador. Cada vez más se incrementa el consenso, acerca de lo insuficiente que resulta que una persona goce de buena salud, si el medio que la rodea no es igualmente saludable y por ende favorable para el satisfactorio despliegue de todas sus facultades. Un entorno social malsano o con inadecuadas prácticas de salud, se erige en terreno propicio para el deterioro de las condiciones de vida de sus integrantes y la proliferación de enfermedades. Estas concepciones, ganan en importancia dentro de las políticas sanitarias, enfocadas al normal desenvolvimiento de los individuos en el marco de una sociedad determinada, capaz de proveer, o no, el entorno adecuado para el disfrute de una vida larga, plena y saludable.

Dentro de esta orientación, el sentido de la salud y su cuidado se amplían. A los cánones más tradicionales, se suma el nuevo concepto de medicina preventiva. El mismo, sin restarle importancia al tratamiento de las enfermedades, revaloriza las actividades de prevención y promoción de salud tanto del individuo como del medio ambiente. Ellas comprenden un conjunto de acciones médicas, de divulgación y de educación, destinadas a advertir, informar y preparar a las personas y a la sociedad en su conjunto acerca de las mejores formas de protegerse ante la aparición de eventos que pueden convertirse en **factores de riesgo** para la salud. Ellos han sido definidos por la OMS, como *"...todo atributo, característica o exposición de un individuo que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad no transmisible..."*<sup>1</sup>

Durante la última centuria, Cuba ha experimentado importantes transformaciones en su perfil epidemiológico. Las enfermedades infecto-contagiosas, han cedido protagonismo a dolencias que, en su gran mayoría, son provocadas por el seguimiento de conductas de salud inapropiadas. Hacerles frente, requiere de la utilización de nuevas estrategias que desde ópticas diversas, pongan su acento en el carácter cada vez más social que adquiere la salud, estableciendo una equilibrada correspondencia entre comportamientos individuales y colectivos.

Casi finalizando la primera década del siglo XXI, el sujeto de las políticas de salud cubanas, es una población caracterizada por su inobjetable envejecimiento. Las personas con edades de 60 años y más, constituyen aproximadamente un 17% del total. Otro rasgo distintivo es el lento incremento

---

<sup>1</sup> WHO (2001), Summary of risk factors for non-communicable diseases, Geneva,

del número de habitantes. De acuerdo a los datos publicados por la Oficina Nacional de Estadística, el crecimiento demográfico ha mostrado signos negativos en los años comprendidos entre el 2006 y el 2008. Dichos desafíos demográficos afectan también, de manera casi inmediata, no solo la esfera de la producción material, sino también otras áreas como son la Salud, los Servicios y la Seguridad Social.

Proteger y garantizar lo más posible la conservación de la salud y la calidad de vida del potencial humano, con que cuenta el país, cobra mayor urgencia. Así se diseñan estudios y políticas, de carácter general o enfocado en las diferentes etapas de la vida. Dentro de ellas, se otorga particular atención al alcance de una longevidad satisfactoria, con calidad de vida para los ancianos.

Este grupo poblacional, también conocido como "la tercera edad", tiene en el marco de cualquier sociedad, características muy especiales. De un lado, debido a su longevidad, son portadores de una gran herencia cultural, de arraigos, hábitos y modos de vida, que en ocasiones dificultan las intervenciones en el mismo. Además, pese a la presencia de los llamados conflictos generacionales y otras manifestaciones de incongruencias y contradicciones, la influencia de los adultos mayores, se refleja en las generaciones más jóvenes con las que comparten hogar y otros espacios sociales. En el caso de Cuba, aproximadamente el 32% de los hogares son de tipo extenso y compuesto, donde aparece el fenómeno de la trigeneracionalidad, donde los ancianos se van a vivir con los hijos u otros parientes adultos o pasan a ser dependientes de los mismos. Aproximadamente 1 de cada dos hogares tiene un adulto mayor de 60 años. Casi el 4% de la masa laboral del país tiene 60 o más años.

Según Franco, Alfonso (2007), el Censo del 2002, mostró resultados interesantes con respecto a la coresidencia con padres ancianos y con la familia nuclear de los hijos adultos. El 18% de todos los residentes de los hogares extensos y compuestos eran padres o suegros de los jefes, siendo la edad promedio de estos padres de 74 años; en tanto el 61 % eran sus nietos o el cónyuge de alguno de los hijos.

A partir de datos provenientes de la II Encuesta de Factores de Riesgo para la salud y enfermedades no transmisibles (EFR II) del 2001 y la Encuesta de Hogares (EH) del 2008, dos estudios realizados a gran escala en todas las provincias y el municipio especial, se evaluará el segmento de habitantes con edades de 60 años y más, residentes en las zonas urbanas. Se hará énfasis en las percepciones, conocimientos y actitudes respecto a algunos factores de

riesgo para la salud, así como en la utilización de ciertos servicios de atención primaria. En ocasiones se utilizará la agrupación de las personas, según el color de la piel, que resulta un nivel de desagregación, insuficientemente explorado, dentro de la problemática de los conocimientos, percepciones y actitudes ante la salud. Debido a la vinculación de esta investigación, con la salud humana, el tratamiento del color de la piel difiere un tanto de la práctica tradicional del país, que acostumbra a emplear tres categorías: Blancos, Negros y Mestizos. Aquí se agrupa a los individuos en Blancos y No blancos (agregación de negros y mestizos).

Las razones para este proceder tienen disímiles orígenes. Desde una visión genética y médica, resulta muy difícil establecer diferenciales entre población mestiza y negra por la gran cantidad de puntos comunes que presentan. Además, resulta prudente realizar la división en dos grupos, ya que como la distinción por color de la piel se basa en criterios de apreciación personal, los sesgos en la diferenciación entre Blancos y No blancos, son mucho menores que los que se establecen entre negros y mestizos por separado. Por último, se ha comprobado que existe un conjunto de enfermedades cuyo padecimiento está más localizado en unos grupos de individuos que en otros, por ejemplo la hipertensión arterial, anemia, dolencias relacionadas con la salud ósea femenina, etc.

No es posible eludir el hecho, de que la aproximación a la problemática de los riesgos de salud según color de la piel, trae consigo el reconocimiento de una carga cultural, económica e incluso de ética social, vinculada a este atributo externo que no puede ser fácilmente superada. Incluso en ocasiones, esta se torna una cuestión de alta sensibilidad, sobre todo cuando de agrupar sujetos en uno u otro segmento se trata. Ciertos rezagos sociales, que aún persisten en la distinción por color de la piel, parecen estar presentes igualmente a nivel de las percepciones y conductas ante la salud.

Queda claro que el color de la piel por sí mismo, no posibilita justificar diferenciales, mucho menos puede considerársele causante de determinado comportamiento. Este trabajo utiliza la clasificación de individuos en Blancos y No blancos, como pudo haber utilizado cualquier otra. Se trata de una de las múltiples distribuciones o taxonomías, que por convenio metodológico, podrían ser empleadas, pero sin un sentido excluyente y sobre todo sin ánimo de establecer la superioridad de unos sobre los otros

Ahora bien, cualquier conclusión hecha a partir del mismo, tiene como telón de fondo muchos otros factores explicativos de las actuales formas en que se

manifiesta la extracción social del individuo. Hoy en día, las agudas desigualdades entre blancos y no blancos, acumuladas por más de cuatro siglos, no han sido completamente resueltas, aunque si sus principales soportes de origen.

La información estadística existente confirma la presencia de comportamientos disímiles, con determinadas implicaciones para la salud humana. A partir de ahí, el objetivo es refinar la identificación de grupos de riesgo a fin de perfeccionar la labor educativa, y obtener resultados más positivos en ese sentido. Precisamente en el caso de la tercera edad, el proceso de revertir o intentar corregir ciertos modos de vida, necesariamente atraviesa una etapa, no precisamente corta, de persuasión y convencimiento que en ocasiones, debe contraponerse a condiciones económicas, construcciones sociales y estereotipos que con el paso del tiempo, adquieren gran arraigo en el individuo llegando incluso a formar parte de su acervo cultural.

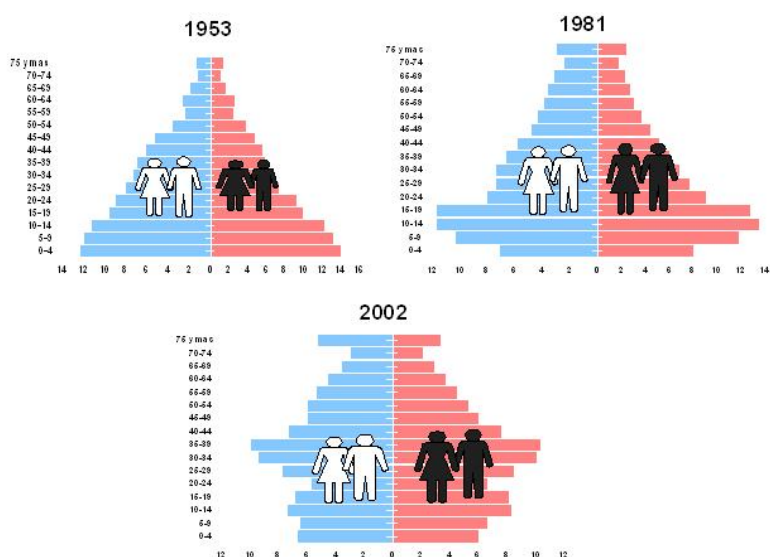
### **Breve caracterización de la población cubana de 60 años y más**

Aunque de manera general, en la población cubana se reconoce al envejecimiento como un fenómeno general, el análisis de la estructura etaria según color de la piel, ha permitido corroborar que su manifestación no es uniforme. Un examen de las pirámides de población según color de la piel, construidas con los datos de los Censos de 1953, 1981 y 2002, indica que este diferencial viene gestándose al menos, desde el último medio siglo y aparentemente tiende a acentuarse. Una primera visión muestra cómo en ambos grupos, blancos y no blancos, el característico ensanchamiento de la base de este tipo de gráfico, se ha ido trasladando hacia la cima, Dentro de las personas con edades de 60 años y más, la escisión ha ido ensanchándose paulatinamente a partir de 1953. En ese año la brecha diferencial entre ambos pasó de 0,6 puntos porcentuales, en 1981 se amplió a 3,2 y en el 2002 el valor registrado fue 4,0%.

Gráfico 1 Cuba: Pirámides de población según color de la piel

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---



Fuente: Censos de Población y Viviendas de la República de Cuba, 1953, 1981, 2002

Evaluando con más detalle la pirámide por color de la piel del Censo 2002, es posible refrendar la anterior condición de más envejecimiento de la población blanca. Esta característica de mayor juventud de los habitantes no blancos, combinada con la tendencia que en los últimos años han seguido estos individuos, al ganar cuantitativamente en participación dentro de la población producto del mestizaje, los convierte en lo que pudiera calificarse como un grupo "emergente" dentro de la sociedad cubana. Las principales características de esta pirámide son

- La base es ligeramente más estrecha que la de la población blanca. Los niños de 0 a 4 años no blancos, constituyen el 6,0 % del total.
- A medida que se va ascendiendo en las edades, se aprecian mayores ensanchamientos en la parte central. Los individuos comprendidos en la franja entre los 5 y los 49 años, representan el 72,1% de la población.
- La población que ha alcanzado edades de 75 años y más, constituye solo el 3,3%.
- Globalmente el 8,3% de las personas no blancas tiene 65 años y más.

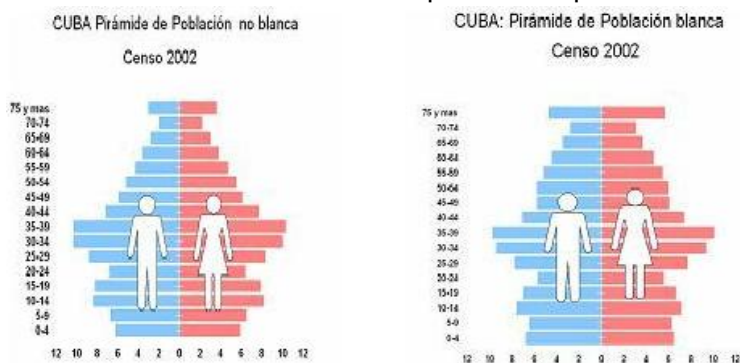
En el análisis de la gráfica correspondiente a los individuos blancos, se identifican las siguientes particularidades:

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

- Una base un tanto más ancha que la de los sujetos no blancos. En las edades comprendidas entre 0 y 4 años, los infantes blancos, representan el 6,6 %.
- Entre los individuos catalogados como blancos, un 66,2 % del total, está incluido entre los 5 y 49 años de edad. La proporción correspondiente a los no blancos es un 6% superior.
- En la cima de la pirámide se evidencia un mayor ensanche en la franja correspondiente a los adultos mayores blancos con edades de 75 y más años con un 5,2 % del total.
- En general las personas blancas con 65 y más años constituyen el 11,6 % de este segmento poblacional.

Gráfico 2 Cuba: Pirámides de población por color de la piel. Censo 2002



Fuente: Censo de Población y Viviendas, 2002

Esta desigual evolución del envejecimiento según color de la piel, apunta a la existencia de cierta disparidad entre ambos grupos, respecto a la duración de la vida humana. En estos contrastes influyen disímiles causas, entre las que se pueden citar los efectos de las políticas de blanqueamiento seguidas en las primeras décadas del siglo XX, las secuelas que aún subsisten de las iniquidades históricas en el desarrollo económico, así como el desigual comportamiento tanto de la fecundidad como de los procesos migratorios y las conductas de salud seguidas. En mayor o menor medida estos aspectos se reflejan en la calidad de vida y en su duración.

En los primeros años de la vida, aproximadamente hasta los 15 años, existe una situación bastante equilibrada, con una cierta mayoría en los no blancos. La misma está en consonancia con los resultados de otras investigaciones

indicativas de la presencia de una mayor fecundidad en este grupo poblacional<sup>2</sup>. No obstante, globalmente, entre los años 1953 y 1981, la franja de 0 a 4 años, se reduce. Igual ocurre con el diferencial porcentual entre blancos y no blancos, aunque se mantiene la mayor participación de infantes no blancos. Se puede intuir, que el efecto que la equiparación de las oportunidades de educación y trabajo ha tenido en la reducción de nacimientos, se manifiesta casi uniformemente en ambos grupos poblacionales.

A medida que se va ascendiendo en la pirámide, comienzan a aparecer contrastes, que se subrayan aproximadamente a partir de los 50 años de edad. Se evidencia un desarrollo más favorable a los blancos, en el sentido de alcanzar edades más avanzadas. Pudiera presumirse que algunos comportamientos, desarrollados en la primera mitad de la vida, entre ellos los de salud, se reflejan en el seguimiento de ciertas conductas, que condicionan el largo de la vida.

Uno de los principales teóricos de la problemática de la Salud Pública y particularmente los determinantes de Salud, Michael Marmot, ha expresado que: "...los fundamentos de la salud adulta se encuentran en la primera infancia e incluso antes del nacimiento...". Independientemente de la relativa contemporaneidad de los procesos de mortalidad/morbilidad en ambos grupos poblacionales, el hecho de que este diferencial de envejecimiento según color de la piel sea manifiesto, al menos desde hace más de medio siglo, impele pensar, que no puede soslayarse el basamento histórico/cultural implícito.

Los fundamentos de partida que constituyen las condiciones de vida de blancos y no blancos, en sentido amplio, ineludiblemente, influyen el seguimiento de determinadas conductas y actitudes, de indiscutible ascendente en el estado de salud individual. En un contexto como el cubano, con preponderancia de las enfermedades no transmisibles, provocadas por los efectos de determinados factores de riesgo, resulta relevante incluir el color de la piel en las valoraciones de salud.

Con relación a otras características socio demográficas, en la EFR II, se constató lo siguiente:

- a) Tanto en blancos como en no blancos, las mujeres son mayoría, aunque existe una menor diferenciación en el primer grupo. Dentro de los blancos de 60 años y más el 46,3% eran hombres, frente a un 53,7% de mujeres. En los no blancos, un 43,5% pertenecían al sexo masculino y un

---

<sup>2</sup> CEE, Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987

56,5% al femenino. A partir de aquí se puede intuir una cierta sobrevida de los hombres blancos frente a los no blancos, con un comportamiento inverso en las mujeres

- b) Con respecto a la situación conyugal, el estado mayoritario era Casado o Unido (54,4%), seguido por Viudo (25,6). Pese a la relativa paridad, se hace patente una mayor participación de la población blanca. Aquí se manifiesta no solo el mayor envejecimiento de los individuos blancos sino también, su situación de mayoría dentro de aquellos que se declararon Casados o Unidos, ya que son precisamente esas personas las que al perder a sus cónyuges o compañeros, nutren la categoría de los Viudos
- c) En este grupo etario, prevalecen las personas cuyo nivel educacional es Bajo, es decir o bien no tienen la primaria terminada o solo han aprobado este nivel elemental. Es posible que en esta situación se produzca una conjunción de factores, donde se combina el hecho de que se trata de personas que en su período de juventud, no tuvieron acceso a las instituciones de instrucción media y superior y también que ciertas cantidades de integrantes de esa generación, por lo general de alta calificación, formaron parte de los procesos migratorios que se originaron principalmente en la segunda mitad del pasado siglo.

Asimismo es presumible que, dentro de los integrantes "menos jóvenes" de este grupo, es decir aquellos que al triunfo de la revolución finalizaban la infancia o iniciaban la adolescencia, las precarias condiciones económicas y sociales en que se desarrollaban sus vidas, pudieron significar un obstáculo a la hora de priorizar el incremento de su nivel de escolaridad, frente a otras necesidades vitales.

Al profundizar en la exploración al interior del grupo, se detecta que el porcentaje de no blancos sin estudios, es superior al de blancos. Dentro de los niveles de primaria, preuniversitario, técnico medio y universitario, los porcentajes de blancos son mayores. Morales (2008) analiza cómo la procedencia económico-social, de los no blancos, por lo general de bajos recursos, los ponía en desventaja a la hora de asumir cualquier tipo de instrucción.<sup>3</sup>

- d) Respecto a la situación laboral, en ambos grupos poblacionales, alrededor del 85% de los individuos era pensionado o se dedicaba a los quehaceres

---

<sup>3</sup> Idem (52)

del hogar. Aproximadamente el 12%, estaba trabajando la semana anterior a la encuesta.

- e) Cuando se le pidió a los residentes urbanos de 60 años y más, que caracterizaran su situación económica actual, aproximadamente un 86% del total la calificó como desfavorable. El 15,2% de la población blanca consideró su situación como favorable, frente al 10.3% de los no blancos.

### **La "tercera edad " y los riesgos de salud**

Como se expresó, al inicio de este trabajo, el concepto de Salud, así como la manera de encarar su cuidado y conservación, han evolucionado. Los avances logrados en la lucha contra las enfermedades, propiciaron escalar peldaños superiores en la concepción de la Salud como parte fundamental del bienestar humano. La aparición de la llamada "epidemia emergente de enfermedades no transmisibles", es decir, la proliferación de dolencias provocadas en su gran mayoría por el seguimiento de conductas inapropiadas de salud, ha requerido la utilización de nuevas estrategias que desde ópticas diversas, ponen su acento en el carácter cada vez más social que adquiere la salud, estableciendo una equilibrada correspondencia entre conductas individuales y colectivas.

En primer lugar, resulta importante identificar la naturaleza de los factores que implican riesgo para la salud. Posteriormente se debe lograr que se sigan conductas, tanto individuales como colectivas, donde la minimización de esos factores sea la meta a alcanzar, también se debe conseguir que las personas estén conscientes de la relevancia de estas actuaciones para la vida cotidiana. Alcanzar estos objetivos, implica adentrarse en un área donde la intervención exterior es un tanto más compleja, debido a su vinculación con los hábitos culturales, vistos en sentido amplio y sobre todo, con conductas, modos de vida y estereotipos, establecidos a lo largo del tiempo y que son por tanto, muy difíciles de alterar o erradicar.

Asimismo, resulta prácticamente imposible encontrar uniformidad en los comportamientos humanos, ya que los mismos se producen mayormente de acuerdo a las condiciones, escenarios y circunstancias en que los individuos desarrollan su vida cotidiana.

Nuestro país no ha estado ajeno a las transiciones antes expuestas. Después de un exitoso período de intervención gubernamental que puso énfasis en la erradicación de las enfermedades infecto-contagiosas y en la eliminación de las iniquidades en materia de salud, se ha logrado la organización de un sistema

sanitario que exhibe no solo indicadores de reconocida calidad, sino también la igualdad de acceso y derechos de los ciudadanos. Actualmente, con el firme propósito de perfeccionar el sistema de salud cubano, los esfuerzos se encaminan a la identificación de espacios donde aun subyacen ciertos diferenciales susceptibles de ser corregidos.

### **El consumo de tabaco**

Aproximadamente a partir de la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de actitud respecto al consumo de tabaco. En la actualidad, diversas investigaciones médicas consideran al tabaquismo como la principal causa de enfermedad y mortalidad evitables. Varios autores<sup>4</sup> han demostrado su vinculación con el riesgo de contraer diversos tipos de enfermedades malignas y la propensión a morir por bronquitis crónica, enfisema, diabetes y enfermedades coronarias y del corazón, así como también se ha explicado la tendencia de las madres fumadoras a tener niños con bajo peso al nacer.

Alrededor del 50% de los residentes urbanos de 60 años y más, declararon haber fumado alguna vez. Según color de la piel, el 56,1% de los no blancos consumió en alguna ocasión derivados del tabaco, frente a 47,0% de los blancos

Respecto al consumo actual, en 1995, el 35,6% de los adultos mayores refirió ser fumador, en el 2001 ese porcentaje fue 27,4. Los hombres son mucho más proclives a incurrir en la adicción (40,5%) que las mujeres (16,5%). Según color de la piel, la proporción de fumadores es más alta en no blancos (33,5%) que en blancos (25,2%). Por sexos se mantiene el predominio masculino, aunque el porcentaje de fumadoras no blancas ronda el 23%. En esta subpoblación el 76% tiene un nivel educacional bajo.

Dentro de los fumadores de 75 años y más, la diferencia es más acentuada; el 16,5% de los blancos y el 33,1% de los no blancos incurren en el riesgo de fuma. Esta diferencia, pudiera tener un basamento cultural. Entre estos fumadores de avanzada edad, aproximadamente el 91,4% de los no blancos tiene un nivel educacional bajo, para los blancos este porcentaje es 85,0%.

Respecto a la intención de abandonar el hábito de fumar, las proporciones se mantienen relativamente equilibradas para ambos grupos (blancos y no

---

<sup>4</sup> Es posible hallar referencias a este tema en documentos oficiales de la OMS, OPS, Morbidity and Mortality Weekly Report y MINSAP. Numerosos autores entre los que se cuentan Kannel W., González R., Varona, P., La Rosa, Y. y Lau, A., han descrito el impacto del tabaquismo en la salud humana.

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

blancos), con más del 60% de los fumadores a favor de dejar este nocivo hábito, con un marcado acento hacia hacerlo si es fácil. En una comparación intergeneracional, resulta curioso cómo las proporciones de personas que no desean dejar el hábito se incrementan con la edad. En este comportamiento, pudieran influir tradiciones y costumbres, al tratarse de un grupo de personas, que comenzó a desarrollarse en momentos donde el consumo de tabaco estaba muy asociado a la adultez, madurez e incluso era muy promocionado por los medios de difusión masiva como fuente de placer y elemento indispensable en el tiempo libre.

Cuadro 1 Cuba: Porcentajes de individuos negados a dejar de fumar por grupos de edades

	15 a 34 años	35 a 54 años	55 a 74 años	75 años y más
Blancos	36,1	32,3	39,7	50,3
No blancos	35,4	31,4	40,1	58,2

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

### **Ingestión de alcohol**

La ingestión de bebidas alcohólicas, en cantidades excesivas, es una de las toxicomanías más difundidas a nivel mundial. Entre las principales agresiones a la salud provocadas por esta adicción se encuentran las enfermedades cardiovasculares, cardiopatías, hipertensión arterial, derrame cerebral y diversas manifestaciones del cáncer<sup>5</sup>.

Dentro de los individuos de 60 años y más, el 12,6% declaró beber en la actualidad, el 29,5% era ex bebedor y el 57,9% abstemio. Por sexos, en las categorías vinculadas con el consumo, los hombres constituyen mayoría. Según color de la piel los no blancos son mayoría entre los que beben actualmente o son ex bebedores; la proporción de blancos abstemios sobrepasa la de los no blancos.

Cuadro 2 Cuba: Porcentajes de individuos que consumen alcohol por color de la piel y sexo

	Bebedor actual	Ex bebedor	Abstemio
<b>Blancos</b>	11,1	27,0	62,0

<sup>5</sup> Diferentes documentos de la OMS y la OPS, así como González, R. (1992,1993,2000), y Chang,M (2004) hacen referencia a este tema

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

<b>No blancos</b>	16,8	36,3	46,9
-------------------	------	------	------

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

En la edad de inicio, también se evidencia un nivel desventajoso para los no blancos. Ellos comienzan más tempranamente la ingestión de alcohol; un 21% lo hizo antes de los 15 años, mientras que el 15% de los blancos reporta un inicio precoz. Sin lugar a dudas se puede presumir, que esta prematura comunicación con el alcohol, está muy relacionada con el ambiente y el modo de vida en que se desenvuelven estas personas, que muchas veces no son capaces de reconocer los peligros que entraña inducir a menores a ingerir bebidas alcohólicas. Por ejemplo, dentro de la percepción de riesgo, aunque más del 75% de los adultos mayores valora como riesgoso el consumo ocasional de alcohol, se aprecia una cierta desventaja dentro de los no blancos. El 77,7% de los no blancos lo consideró riesgoso ante el 85,6% de los blancos.

Un aspecto interesante de esta adicción en los adultos mayores, es que la situación económica no constituye un freno para incurrir en la misma, lo que hace presumir que la misma se erige en una vía de escape, ante condiciones de vida no del todo propicias. Globalmente, el 81,7% de los bebedores calificó su situación como desfavorable, en los blancos este porcentaje fue de 79% y en los no blancos de 86,6%.

Otra característica general importante en este grupo etario es el hecho de que el 17,2% calificó como bebedor perjudicial y el 9,3% como alcohólico.

Existen evidencias de que el consumo de alcohol se ha incrementado y socializado, tanto para las generaciones más jóvenes como para los de más edad. Las numerosas evidencias de los peligros provocados por la ingestión de bebidas alcohólicas, cuyo amplio espectro va desde involucrarse en eventos peligrosos, vinculación con otras adicciones, y el deterioro de la salud, requieren que se le otorgue una especial atención a este factor de riesgo. En la tercera edad, este llamado se refuerza por la relación de la adicción con las principales causas de muerte.

### **Conductas violentas**

La EFR II fue el primer estudio que abordó esta temática con alcance nacional, sus resultados pueden resultar de interés para acercamientos más detallado a esta problemática. Las preguntas se refirieron a los sucesos violentos, que

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

ocurrieron durante los últimos treinta días antes del levantamiento de la información subrayando las agresiones verbales y las agresiones físicas. Las primeras estuvieron vinculadas con los insultos hacia otras personas, en tanto que las agresiones físicas fueron representadas por golpes y empujones. También se exploró el tema de la violencia dirigida hacia los menores de 15 años, hacia la pareja y hacia otras personas. A partir de las respuestas ofrecidas, fue posible clasificar a las personas como víctimas o victimarios.

En esta conducta se detecta que las proporciones de personas clasificadas ya sean como víctimas o como victimarias, disminuyen a medida que avanza la edad. Esto podría ser un indicador de la aparición de una cierta "pasividad" hacia las conductas violentas con el paso de los años, lo que lleva a los individuos a ver las mismas como hechos habituales y no como agresiones. El 11% de los individuos de 60 años y más estuvieron involucrados en hechos de violencia. Por sexos, existe un relativo equilibrio, el 10,7% de los hombres y el 11,3 de las mujeres se vieron vinculados con violencia, mayormente relativa a agresiones verbales. En estas proporciones puede estar incidiendo el hecho de que ciertos procederes como levantar la voz, asumir actitudes autoritarias o intimidatorias, gesticular en exceso, etc, están muy integrados en los patrones de conducta masculinos y por lo tanto, ellos no los reconocen como actitudes violentas.

Según por color de la piel, el 10,4% de la población blanca participó en alguna conducta violenta, contra una proporción de aproximadamente 12,7 % de la población no blanca. Al distinguir entre víctimas y victimarios, se detecta un comportamiento similar, respecto a la mayor exposición de los no blancos.

Cuadro 3: Cuba Conductas violentas según color de la piel y sexo

	<b>Víctima</b>	<b>Victimario</b>
<b>Blancos</b>		
Femenino	5,8	9,8
Masculino	7,5	9,3
<b>No blancos</b>		
Femenino	7,8	11,9
Masculino	7,4	10,3

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Afecciones no transmisibles

Dentro de la categoría Victimario se aprecian ligeras supremacías femeninas, donde incide una condición muy frecuente en estas edades, que es el rol de

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

cuidadoras de menores de 15 años que o bien residen en el hogar de la entrevistada o era cuidados por ella en su casa. Alrededor del 80% de las entrevistadas reconoció "Insultar a un niño", como un riesgo para la salud. En este grupo, algo más del 8%, declaró que insultaron a los niños con frecuencia.

La violencia, aunque no constituye un problema de salud que pudiera calificarse como grave, al menos para las expresiones estudiadas en la encuesta, puede con el paso del tiempo, ganar en importancia. Este factor requiere de un seguimiento muy específico. Sería recomendable no verlo de manera individual, sino en combinación con la antes mencionada adicción al alcohol, sin soslayar la influencia del contexto social donde se producen los hechos violentos y las características de las personas involucradas. En el caso de la tercera edad conlleva una impronta cultural, donde a veces, resulta difícil resistirse a determinadas conductas, que simplemente están tan integradas a su entorno que resulta difícil considerarlas como peligrosas o insanas

### **Utilización de los servicios**

Existe dentro de los adultos mayores, una tendencia a hacer uso frecuente de los servicios de salud, mucho más cuando se está en presencia de un sistema de salud público con universalidad de acceso y derecho. Buena muestra de ello radica en el hecho de que en este apartado, no se evidenciaron diferenciales significativos según color de la piel.

Ciertas características investigadas en la EFR II pueden fundamentar la anterior afirmación. El 27% de los adultos mayores refirió tener problemas de movilidad, un 47% experimentó dolor o malestar y el 34% fue víctima de ansiedad o depresión y un 22% manifestó dificultad para realizar actividades cotidianas. El valor de la medición del índice de calidad de vida relativa a la salud entre 0 y 100 fue de 68,7.

Entre las enfermedades investigadas en la encuesta, el 14,2% de las féminas refirió padecer de Diabetes mellitus. En el caso de la Hipertensión Arterial, el 40,6% de los entrevistados sufre de la misma. Su componente genético, se manifiesta en entre las personas de 60 y más. El 48% de la población no blanca tiene altos valores de tensión arterial, el porcentaje en los blancos fue del 37,8%. Ciertos factores externos causantes de hipertensión son el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol, son más frecuentes en los no blancos. Por su parte las enfermedades del corazón son algo superiores en los

## LAS RESPUESTAS DE SALUD EN LA TERCERA EDAD.

---

individuos blancos, con un porcentaje de prevalencia del 23,4%; en lo no blancos fue de un 22,5%.

De acuerdo a los reportes de la encuesta de hogares del 2008, en la parte urbana de Cuba, el servicio de salud más visitado es el del médico de la familia, frecuentado por el 40,6% de la población, le sigue el policlínico con el 24,8% de personas utilizando esta facilidad y por último el hospital, adonde acude el 15,5% de las personas de 60 años y más. Las visitas al estomatólogo son menos frecuentes con solo el 10%. Según la EFR II, el 45,3% de las personas visita el círculo de abuelos, incluso se aprecia una ligera inclinación masculina a integrarse en dichos grupos.

### **A modo de conclusiones**

Después de este breve análisis de las respuestas de salud de la llamada "tercera edad", ha sido posible constatar que las personas de este grupo etario, no presentan comportamientos uniformes y si definitivamente un cierto grado de variabilidad. El mismo se manifiesta no solo en variables de desglose más "comunes" dentro de esta esfera cómo son el sexo y la edad, sino también dentro de otras desagregaciones como el color de la piel.

Ahora bien, dentro de este grupo poblacional, cualquier intervención en un área tan sensible como es el comportamiento humano requiere de una labor con características muy particulares. No basta señalar que se debe conducir una larga y sostenida labor de convencimiento e instrucción de los individuos, este propósito se complejiza, toda vez que se trata de personas que se han desarrollado, bajo determinadas tradiciones, costumbres, esquemas de vida, etc que a estas alturas resultan difíciles de cambiar. Por otra parte por su edad, no es posible acometer labores educativas a largo plazo.

La presencia de cuestiones que marcan ciertas iniquidades, sitúa a la prevención de salud, ante cuestiones de cierta envergadura ética, que incentiva la continuación del compromiso y la responsabilidad, de hacer aun más efectivos los esfuerzos en lograr salud para todos, comprendiendo de que los mismos, requieren de personalización y atención diferenciadas, para lograr que cumplan su cometido. No se trata de hacer esquemas rígidos para unos u otros, la cuestión es, a partir de la generalidad, comprender la individualidad.

Para los adultos mayores, la misma pasa por la utilización de sus espacios más comunes, el hogar, la comunidad y sobre todo por el logro de una armónica

interrelación de salud intergeneracional, donde las partes se involucren por igual. El convencimiento y la persuasión, pueden ser las mejores y más eficaces armas ante las manifestaciones de resistencia a cambiar ciertos hábitos de consumo y de comportamiento, aprendidos desde las más tempranas etapas de la vida, que en periodos posteriores significan riesgos de salud.

### **Bibliografía**

1. Alfonso León, A; García Quiñones, R. Riesgos iguales ¿respuestas iguales? trabajo presentado en la I Jornada Estadística, ONE 2008
2. Alfonso León, A Población según color de la piel, CEPDE-ONE s.l. 2008
3. Bonet M Conferencia II Encuesta de Factores de Riesgo para la Salud y enfermedades no transmisibles impartida en el Centro de Prensa Internacional de La Habana 2004
4. González Menéndez, R, El alcoholismo y su atención específica, Editorial Ciencias Médicas, Cuba 1992
5. Morales, E,. Desafíos de la problemática racial en Cuba, Fundación Fernando Ortiz, La Habana, Cuba. 2008
6. Wilkinson R. and Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization. 2003.