

Una mirada a la morbilidad en Cuba en la primera década del tercer milenio.

Rafael Araujo González, Profesor Titular, Dr. C. Filosóficas. CEDEM, UH.

Correo electrónico: araujo@cedem.uh.cu

Resumen.

Se revisaron los anuarios cubanos de salud del 2000 al 2010, las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2010, así como los Boletines "Salud en el tiempo" que emite el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba del mismo periodo señalado. El resultado del estudio puso de manifiesto que en la primera década del tercer milenio, Cuba presenta una morbilidad correspondiente a su perfil de mortalidad, donde las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y la neumonía, y los accidentes, constituyen las cinco primeras causas de muerte. Estos resultados coinciden en el tiempo con un proceso oscilante de disminución de la fecundidad y de la población en general, un aumento de la esperanza de vida, junto a un acelerado proceso de envejecimiento. Ello significa la necesidad de la preparación del sistema de salud y de la sociedad cubana para las nuevas condiciones de su estructura demográfica.

Abstract.

We reviewed The Cuban health yearbooks from 2000 to 2010, the World Health Statistics 2010, and Bulletins "Health in time" issued by the Ministry of Health of the Republic of Cuba for the same period indicated. The result of the study showed that in the first decade of the third millennium, Cuba has a morbidity relating to mortality profile, where heart disease, malignant tumors, cerebrovascular disease, influenza and pneumonia, and accidents, are the five leading causes of death. These results coincide in time with an oscillating reduction process in fecundity and the general population, increased life expectancy, along with an accelerated aging process. This means the need for the preparation of the health system and of Cuban society to the new conditions of its demographic structure.

Palabras clave:

Morbilidad, mortalidad, fecundidad, envejecimiento, población y desarrollo, enfermedades crónicas no trasmisibles, enfermedades infectocontagiosas.

Keywords:

Morbidity, mortality, fertility, aging, population and development, non transmissibles chronic diseases, infectious diseases.

Introducción.

Realizar estudios de morbilidad es siempre problemático, no solo por la imprecisión de la pesquisa y calidad de los datos motivados por múltiples causas, sino también por el sesgo que el acceso a la información en si misma contiene. Hablar de mortalidad constituye un hecho fácilmente verificable y de fácil acceso, la morbilidad se esconde en los múltiples escondrijos de la subjetividad humana y social.

Se sabe que Cuba, a pesar de ser un país del Tercer Mundo, presenta un perfil de morbimortalidad característico de los países desarrollados. Se caracteriza por el predominio de enfermedades y muertes por enfermedades crónico-degenerativas. No obstante, una mirada a su comportamiento en la primera década del tercer milenio nos permite destacar un conjunto de elementos de su manifestación, importantes a tener en cuenta para una evaluación de sus proyecciones.

Este estudio se propone realizar un análisis de los principales indicadores de morbilidad en Cuba en el período 2000-2010. Para el desarrollo del mismo se revisaron los anuarios cubanos de salud del 2000 al 2010, las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2010, así como los Boletines “Salud en el tiempo” que emite el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba del mismo periodo señalado. El resultado del estudio puso de manifiesto que en la primera década del tercer milenio, Cuba presenta una morbilidad correspondiente a su perfil de mortalidad, donde las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la influenza y la neumonía, y los accidentes, constituyen las cinco primeras causas de muerte. En correspondencia con ello, los principales egresos hospitalarios, que constituyen expresión verificable de la relación morbilidad-mortalidad, también han estado caracterizados por el predominio de estas enfermedades, a excepción de los producidos por partos en el caso de las mujeres. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, la influenza y la neumonía, los accidentes y las enfermedades cerebrovasculares, ocupan los primeros lugares en ese orden. (Fig. 1).

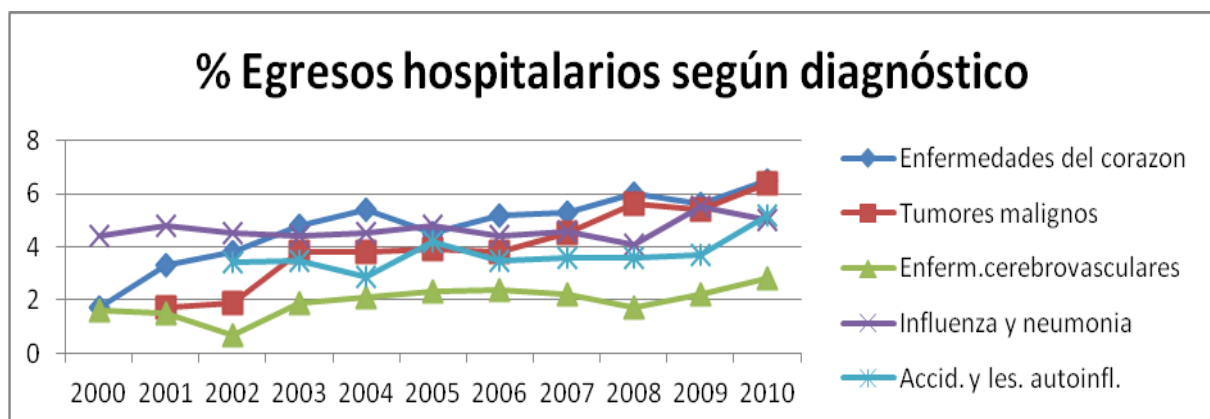


Fig. 1 Egresos hospitalarios según diagnóstico (%)

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

Las enfermedades cardiovasculares que constituyen un problema de salud pública en muchos países, lo son también en Cuba. En este sentido, la predicción del riesgo cardiovascular (Castillo, 2010; Dueñas, 2008 y Socarrás, 2010) y las acciones de salud que promuevan estilos de vida y alimentación saludable (Socarrás, 2010), la práctica de ejercicios físicos y la observancia de las indicaciones terapéuticas (Guerra, 2011), constituyen factores que pueden contribuir a contrarrestar los factores de riesgo coronario tales como el hábito de fumar, la hipertensión arterial (HTA), los niveles elevados de LDL colesterol, bajos niveles de HDL colesterol, el aumento de lipoproteína de baja densidad, la diabetes mellitus y la edad avanzada, junto a la obesidad, el sedentarismo y los antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura (Castillo, 2010 y Dueñas, 2008).

La hipertensión arterial (HTA), siendo un importante factor de riesgo cardio- y cerebrovascular (De la Noval, 2005), así como de enfermedades vasculares periféricas (Orizondo, 2006), constituye también una enfermedad de alta prevalencia en el cuadro de salud cubano con una tasa de 202,7/1000 Hab. (Anuario, 2011). Su mayor impacto comienza a partir de los 15 años, alcanzando su máxima prevalencia entre los 60 y los 64 años (Fig. 2). La introducción de acciones preventivas de intervención que contribuyan a contrarrestar el estrés como uno de los factores de riesgo de la HTA (Molerio, 2005), el desarrollo de tratamiento no farmacológico como dieta sana balanceada, la pérdida de peso, la reducción en el consumo de sal, la práctica de ejercicios físicos regulares así como moderar la ingesta de alcohol (Alfonzo, 2011), constituyen factores a tener en cuenta en la lucha por disminuir la prevalencia de casos de HTA.

Por otro lado, la HTA constituye también, junto al sexo masculino, la edad ≥ 65 años, el hábito de fumar y los factores premórbidos personales, un importante factor de riesgo para la aparición de la retinopatía hipertensiva con alrededor de un 33 % de los enfermos afectados por esa causa (Álvarez Aliaga, 2007) . Si tenemos en cuenta además que esta última se presenta aproximadamente después de 10 a 15 años de iniciada la hipertensión arterial, se hace evidente las posibilidades de evitación del riesgo para la aparición de la enfermedad.

Por último, no hay que olvidar que la HTA crónica leve representa un riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales para la mujer, tales como mayores índices de parto pretérmino, preeclampsia sobreañadida, hematoma retroplacentario, recién nacidos de peso

< 2,500g, malnutrido fetal y mortalidad perinatal (Orizondo, 2006), además de que se presenta con una alta asociación a pacientes diabéticos (Licea, 2002), y su consecuente complicación con la enfermedad aterosclerótica.

Aunque no al mismo nivel que la HTA, la Diabetes Mellitus (DM) constituye también una enfermedad crónico-degenerativa de alta prevalencia en la población cubana (Fig.2), constituyendo la octava causa de muerte de todas las edades (Anuario, 2011), con mayor impacto en el sexo femenino (López Nistal, 2005). Su debut se inicia generalmente alrededor de los 20 años, alcanzando su máxima prevalencia en las edades entre 60 y 64 años. Los estudios de esperanza de vida ajustada por discapacidad muestran un impacto de la morbilidad por DM sobre la mortalidad por la misma causa (Seuc, 2003 y Domínguez, 2008), por lo que de importancia para su prevención es su detección temprana a partir de los familiares de primer grado de pacientes diabéticos, lo que permite identificar a los sujetos susceptibles en el estado denominado “de prediabetes” y desarrollar acciones de intervención farmacológica así como cambios en los estilos de vida, para retardar la aparición de la enfermedad (Editorial, 1999).

Junto a lo ya señalado, la DM puede constituir un riesgo para la maternidad de mujeres con una pobre expectativa de vida por complicaciones como: nefropatía diabética avanzada, cardiopatía isquémica severa, hipertensión arterial severa, pacientes con complicaciones que empeoran con el curso de la gestación como la retinopatía proliferativa y la neuropatía autonómica digestiva, así como las mujeres con un pobre control de la diabetes, ya que presentan un riesgo sustancial de que el feto desarrolle malformaciones si la gestación se logró estando la madre en franca hiperglucemia (Editorial, 2000 y Cruz, 2007).

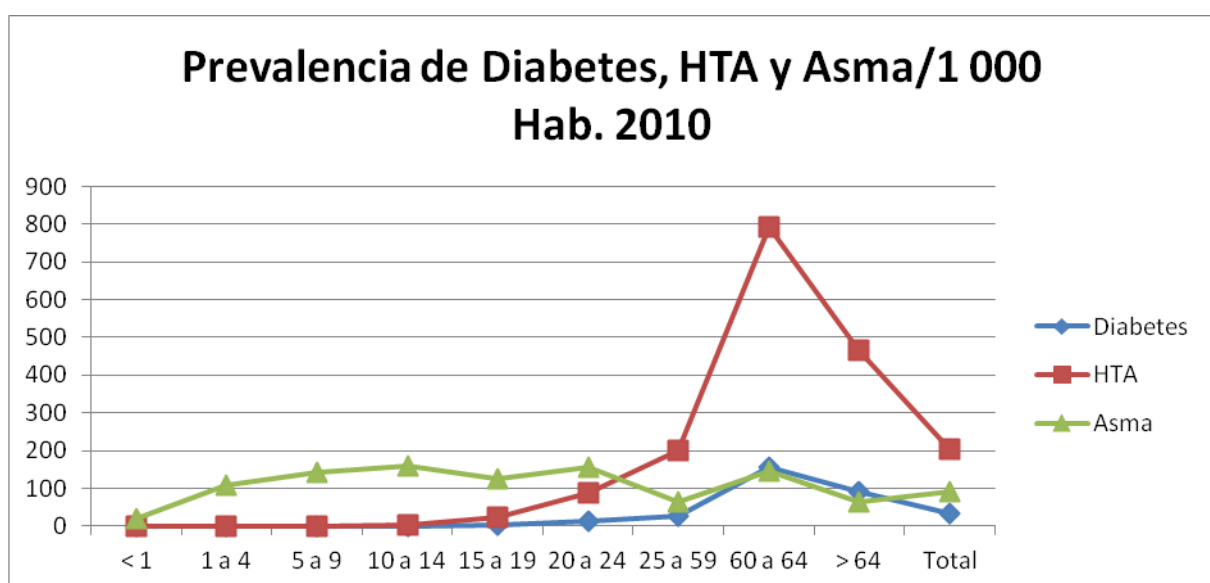


Fig. 2 Prevalencia de Diabetes, HTA y Asma/1000 Hab. 2010.

Aunque con valores inferiores de su tasa de mortalidad, el asma constituye una enfermedad crónica, considerada de alta prevalencia en la población cubana. La misma inicia su impacto en la morbilidad fundamentalmente a partir de los 10 años de edad, alcanzando su máxima expresión entre los 60 y los 64 años (Fig. 2). A pesar de que la mortalidad por asma se redujo en Cuba en un 12 % en el año 2010, el asma bronquial se encuentra entre las primeras tasas de muerte en el país (Anuario, 2011), dentro de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, teniendo un ligero impacto superior sobre el sexo masculino.

Una de las posibles y más frecuentes complicaciones de impacto de las personas que padecen de asma, es en las embarazadas, sobre todo en la adolescencia por el aumento de embarazos de riesgo en ese grupo de edad. Las adolescentes que padecen de asma y que quedan embarazadas representan un reto para el médico que debe considerar el impacto del asma sobre el embarazo y viceversa, imponiéndose la necesidad de indicaciones adecuadas a tener en cuenta durante el embarazo por las pacientes afectadas (Abdo, 2006). En este sentido, “los riesgos relativos de no prescribir medicamentos se deben comparar con los de un tratamiento inadecuado de la enfermedad” (Shulman, 1996) para permitir el éxito del estado final del embarazo sin complicaciones en su transcurso.

En Cuba, como parte de las acciones de tratamiento y prevención del asma se ha recurrido también a la aplicación de métodos alternativos de la medicina oriental, encontrándose puntos de contacto entre los criterios orientales y occidentales en cada una de las desarmonías energéticas (Cutíño, 2010). Estos métodos también han sido validos en la labor por contribuir al tratamiento, y en ocasiones hasta la cura de esta molesta enfermedad. En este mismo orden de cosas, se trabaja en el establecimiento de estrategias de intervención comunitaria, con el fin de alertar acerca de la posibilidad de desencadenamiento de las manifestaciones clínicas, mitigarlas y reducir las crisis de asma (De la Vega, 2011).

Los diferentes tipos de cáncer constituyen la segunda causa de muerte y de ingresos hospitalarios (Fig. 1). La mayor incidencia de todas las localizaciones de cáncer para el 2010 fueron los cánceres de pulmón, piel y próstata para los hombres, y mama, piel y pulmón para las mujeres (Fig. 3). Nótese que la incidencia en hombres es superior a la de las mujeres, encontrándose que la tasa de incidencia del cáncer de próstata, siendo el tercero de mayor impacto en los hombres, es similar al de mama, primero en impacto para las mujeres.

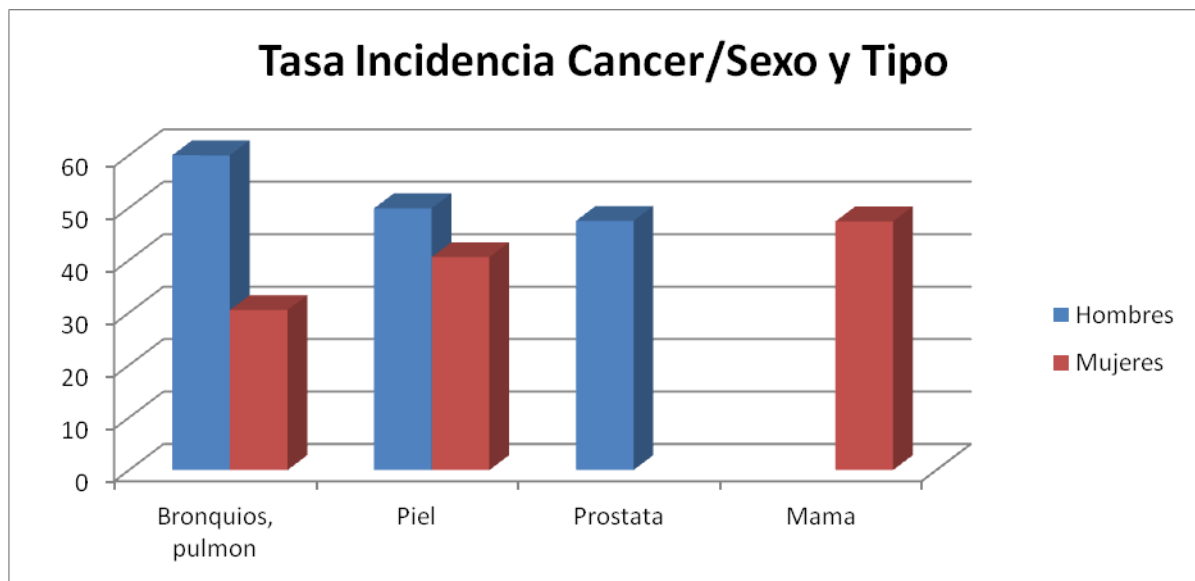


Fig. 3. Tasa Incidencia Cáncer/sexo y tipo

Respecto al cáncer de pulmón resulta de especial interés prestar atención a la existencia de nuevos métodos de detección del mismo así como de nuevos medicamentos para su tratamiento (Infomed, Servicio de noticias) ^(2/8/10, 10/12/10, 11/3/11), que requerirá de su evaluación y ajuste tanto por los investigadores como los decisores. En relación al cáncer de piel se desarrolla principalmente por la exposición prolongada a los rayos solares o radiación ultravioleta, aunque la mayoría de los mismos pueden ser curables con la aplicación de modernos tratamientos (Infomed) ^(23/6/10, 21/1/11).

Existe en Cuba un programa para la detección precoz del cáncer prostático (Gómez Pérez, 2001) cuyos diagnósticos disminuyen significativamente los riesgos de metástasis, mejoran la calidad de vida de los pacientes al ayudar a frenar el avance de la enfermedad, y reducen la carga que representa para el sistema de salud (Infomed) ^(27/10/10) y que puede reforzarse entonces con la aplicación de nuevos tratamientos que permiten suprimir el crecimiento de las células cancerosas (Infomed) ^(20/11/11, 1/3/10).

El cáncer de mama, siendo uno de los de mayor incidencia en el sexo femenino, se presenta además con mayor impacto afectivo por tener la mama un significado sexual, de belleza, de feminidad y materno (Piñeiro, 2004). Existe en Cuba desde el año 1990 el programa de diagnóstico preclínico y precoz del cáncer de mama con el uso de métodos modernos de diagnóstico y de atención médica (Ortiz, 2005). Para potenciar la efectividad de este programa, es importante recurrir a diferentes métodos terapéuticos, desde la

utilización de modernas tecnologías (Infomed) ^(19/1/11) , hasta el uso de la medicina natural y tradicional (Infomed) ^(27/2/10) .

La distribución de cáncer por edades, muestra una mayor incidencia de las leucemias y los linfomas para los menores de 15 años (Anuario, 2011). La leucemia es la enfermedad maligna más frecuente en los niños, diagnosticándose entre 3 y 4 nuevos afectados por cada 100 000 niños (González Gilart, 2011). La sobrevivencia de los tratamientos aplicados en Cuba es similar a los reportados en la literatura en los países desarrollados (Menéndez, 2004). Al igual que las leucemias, los linfomas aparecen más frecuentemente en niños por debajo de los cinco años de edad, donde se incluye la edad de la lactancia (Chaveco, 2010 y Marsán, 2009).

La distribución de los diferentes tipos de cáncer para los mayores de 15 años, muestra diferencias entre los hombres y las mujeres. Para los varones, el cáncer de piel muestra mayor incidencia entre las edades de 15 a 44 años, pasando el cáncer de pulmón a primer lugar en los mayores de 45 años, aunque el cáncer de próstata muestra una elevada incidencia a partir de los 60 años (Anuario, 2011).

En el caso de las mujeres para las edades de 15 a 19 años, la mayor incidencia la tienen los cánceres del sistema hematopoyético, pasando al primer lugar el cáncer de cuello uterino en las edades entre 20 y 39 años, en correspondencia con el principal periodo reproductivo de la mujer. Ya en las edades de 20 a 59 años, la mayor incidencia la tiene el cáncer de mama, y aunque a partir de los 60 la tasa de incidencia de este se mantiene elevada (Lugones, 2009), a partir de los 60 el cáncer de piel alcanza el primer lugar entre las mismas, quizás debido al efecto acumulativo de la radiación solar en los adultos mayores (Anuario, 2011 e Infomed) ^(24/8/10, 26/12/11) .

De interés especial resulta el hecho de que a partir de la existencia del Programa de detección del cáncer cérvico uterino para las mujeres, los mayores porcentajes de detección alcanzan la primera etapa clínica, o etapa subclínica, lo que habla del nivel de efectividad del programa. No obstante, es necesario atender a la tendencia a la disminución del porcentaje de detección en esta etapa, contra un ligero aumento de las demás, a partir del año 2006 (Fig. 4).

El cáncer cérvico uterino (CCU) aparece más comúnmente en la mujer después de los 18 años vinculado esencialmente a la edad fértil activa de la mujer, considerándose al mismo como una enfermedad de transmisión sexual (Ferrá, 2008; García, 2001 y López Suárez, 2005). Resultan de interés los hallazgos encontrados de algunos aspectos epidemiológicos

del CCU que refieren su relación con mujeres que han tenido entre 2 y 4 partos, que han sufrido desgarros durante los mismos y que han tenido relaciones sexuales precoces (Garcés, 2010; García, 2001 y López Suárez, 2005), así como promiscuidad en las relaciones sexuales (Garcés, 2010), aspectos estos de sumo interés para el trabajo de prevención. En este sentido, existe desconocimiento, sobre todo en la población adolescente, sobre el virus del papiloma humano como agente causal de esta enfermedad y sobre cómo prevenirlo (García, 2001)²⁰. De modo general se describen como factores de riesgo del CCU la falta de control citológico en mujeres menores de 30 años, inmunocomprometidas, que utilizan anticonceptivos orales, infectadas por el virus del papiloma humano, con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad e inicio temprano de las relaciones sexuales. Para su prevención es importante la información a la población acerca de la enfermedad, sus factores de riesgo y su prevención (Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos).

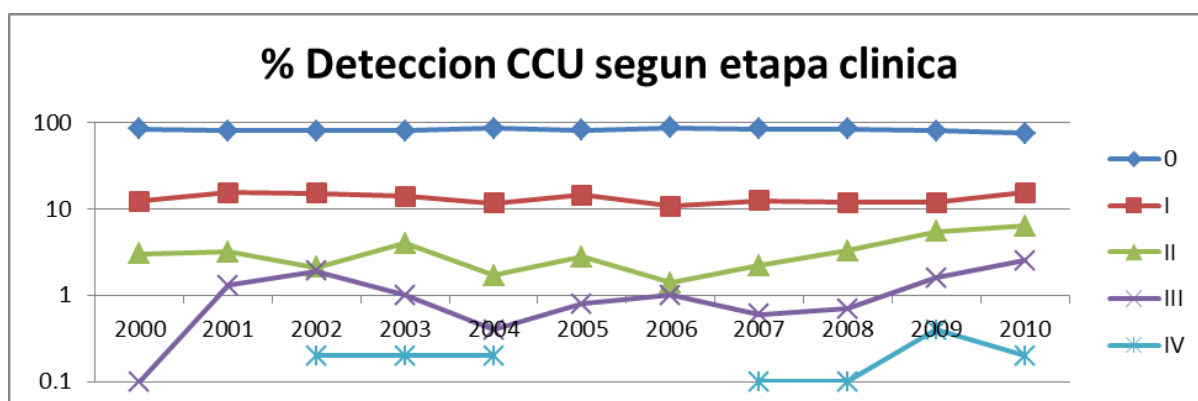


Fig. 4. **Detección CCU según etapa clínica (%)**

En la distribución de la incidencia de cánceres totales por provincias, las tasas más altas se encuentran en las provincias occidentales y centrales del país, léase, La Habana, Matanzas, Cienfuegos, Villa Clara, Sti Spiritus y Camagüey (Anuario, 2011). En este punto hay que resaltar que la novicia provincia de Mayabeque, pese a tener una tasa de incidencia bastante por debajo de la media nacional, la tasa de mortalidad por esta causa se encuentra solo ligeramente por debajo de esta última, alcanzando una baja sobrevivencia, situación necesaria de ser atendida. La distribución territorial de enfermedades resulta de especial interés para la labor de prevención, pero una labor más profunda resultaría de la realización de estudios de la espacialidad del proceso salud-enfermedad que difiere de los territorios como diversificación político-administrativa ya que “personas “unidas” por un marco territorial, pero “separadas” por la organización y dinámica de los espacios que en

ellas se diseñan” (Íñiguez, 2003), o viceversa, puede conducir a errores interpretativos de las verdaderas relaciones causales que están operando en un espacio geográfico determinado .

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) por ser la tercera causa de muerte, una de las primeras que producen ingresos hospitalarios y discapacidad (Burgio: Editorial, 2007) en Cuba, representan un objetivo importante en atención al análisis de la morbilidad. En este aspecto, varios estudios demuestran la disminución de la letalidad y la mejoría en el proceso de recuperación de los pacientes aquejados de ECV (Rojas, 2010), lo que sugiere la consideración de la creación de unidades especiales de Ictus para la atención a los mismos. Pero por otro lado, a pesar de los avances en este campo que han dejado atrás el nihilismo médico, los altos costos de estas técnicas hace que la prevención (Burgio: Guías, 2007) sea el más eficiente y eficaz instrumento para combatir las ECV.

Los accidentes se consideran un problema de salud a nivel mundial, declarado en la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el año 1966. En Cuba, “los accidentes constituyen la primera causa de muerte entre las edades de 1 a 49 años” (León, 1997), alcanzando por su causa un importante monto por pérdidas económicas (Guanche, 2008), tanto en servicios de salud como en afectaciones a las personas accidentadas y sus familias. De ellos, los accidentes del tránsito tienen un peso importante, y especialmente los accidentes con ciclos para el caso cubano (Jorge, 2010). También tienen un peso importante los accidentes del trabajo, siendo los sectores de la economía más afectados la Industria, la Construcción y el Transporte (Robaina, 1998). De manera general, la detección de los principales riesgos para la producción de accidentes en cualquiera de sus manifestaciones, constituye un elemento fundamental para el enfoque de prevención en este importante problema de salud (Gómez Vital, 1999), cuando incluso muchas veces ni siquiera existe información adecuada sobre prevención de accidentes y sus factores de riesgo (Hernández, 2007).

Las enfermedades infectocontagiosas.

La Influenza constituye la única enfermedad infectocontagiosa entre las 10 primeras causas de muerte en Cuba, por lo que se erige en objeto obligado de análisis. Todo el mundo se alarmó cuando apareció la pandemia de Influenza AH1N1 siendo así objeto de conocimiento de casi todo el mundo. Sin embargo, la influenza constituye una de las enfermedades más letales en el cuadro de salud cubano después de las cardiovasculares, cánceres y cerebrovasculares, sobre todo, en las edades más avanzadas.

Pese a que las enfermedades crónicas no trasmisibles constituyen esencialmente las primeras causas de muerte e ingresos hospitalarios en Cuba, a excepción de la influenza y la neumonía, existe otro grupo de enfermedades, que aún teniendo muy bajo impacto por su frecuencia y letalidad, es necesario tenerlo en cuenta por su comportamiento en los últimos años en el país. Tales son la TB, la Lepra, la Hepatitis y las ITS.

En Cuba, existe un Programa de Tuberculosis (Tb) priorizado dentro del Sistema Nacional de Salud. Esta enfermedad ha mostrado un comportamiento inestable en cuanto a sus tasas de Incidencia con un aumento del 2009 al 2010 de 5,9 a 7,0/100 000 habitantes. Si bien la cifra es realmente baja, lo que llama la atención es su inestabilidad pese a los esfuerzos realizados, a pesar incluso de la consideración de que con las medidas establecidas esta debería haber desaparecido del panorama mórbido cubano. La literatura recoge algunas posibles causas de este comportamiento tales como “deficiencias en el desempeño del personal sanitario para el cumplimiento de las acciones establecidas, en la capacitación, en el proceso de ejecución de las actividades normadas y en la disponibilidad de recursos humanos” (Licea, 2002). Otra causa importante es su incidencia en personas afectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH-SIDA (González Ochoa, 2003).

La cifra de prevalencia de Lepra en Cuba es muy baja (0,2-0,3/10 000 Hab.). Si consideramos que la Organización Mundial de la Salud estima que cuando la cifra de enfermos de lepra es menor de uno por 10 mil habitantes, la dolencia se considera eliminada como problema de salud pública, llama la atención el aumento de su incidencia de forma paulatina de 0 a 0,4 en el periodo de 2006 a 2010 en el grupo de edades de los menores de 15 años. Ello representa evidentemente un descuido de las medidas epidemiológicas de control de la misma en este frágil grupo de edades, mucho más, si tenemos en cuenta que en la actualidad la misma se considera una enfermedad curable, incluso en los primeros días de aplicada la primera dosis con tratamiento multidrogas, cuando deja de ser trasmisible. Tal situación llama a la reflexión acerca de las medidas de control de esta enfermedad.

Existen diferentes tipos de manifestación de la hepatitis viral, manifestándose como las más comunes en Cuba las Hepatitis A, B y C, en este orden. La hepatitis A es una enfermedad que se transmite generalmente por beber agua o comer alimentos lavados con agua contaminada por el germen. La hepatitis B se contagia por vía sexual, de la madre al hijo, por transfusiones de sangre o por pinchazo con agujas contaminadas. La hepatitis C se contagia fundamentalmente por transfusiones y agujas contaminadas. La hepatitis A es la de mayor incidencia, y ella, junto a la B, ha mostrado una tendencia permanente a la disminución de su incidencia. La hepatitis C ha mostrado un salto importante en el periodo

2009-2010 con un ascenso de 0 a 0,7/100 000 habitantes, teniendo en su contra que es la única de las tres que aún no posee vacuna para su prevención, lo que se agrava por el hecho de que una serología no es suficiente para hacer el diagnóstico de la misma. Las acciones posibles para su prevención están relacionadas con la atención a la misma cuando las personas han estado expuestas a alguna de sus vías de transmisión.

Las enfermedades diarreicas y respiratorias manifiestan un descenso permanente según la edad con un leve ascenso de su incidencia entre 60 y 64 años. Aquí se hace necesario atender a sus manifestaciones en las primeras edades de la vida (1 a 4 años), así como a partir de los 60 años, donde aparecen los mayores riesgos de impacto sobre la mortalidad.

Las infecciones de transmisión sexual constituyen también objeto de atención por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano. La blenorragia y la sífilis han tenido un comportamiento dirigido al descenso a lo largo de los últimos 10 años, alcanzando tasas de incidencia de alrededor de 36 y 12/100 000 habitantes respectivamente. La sífilis, a pesar de su baja incidencia, se ha asociado en los últimos años a la contaminación con el VIH/SIDA, mostrándose asociación entre las mismas de modo “que ambas enfermedades pueden coexistir en un mismo paciente” (Rodríguez, 2004).

La infección por el VIH/SIDA presenta una atención especial por el SNS cubano, tanto en lo referente al desarrollo de campañas y acciones para su protección como al tratamiento y control de los infectados. Así lo refleja su baja tasa de incidencia en el país que en los últimos dos años alcanzó cifras de alrededor de 50/1 000 000 de habitantes. Pese a estos resultados, llama la atención la significativa diferencia entre hombres y mujeres infectados (Ver Fig. 5), una hipótesis posible: el aumento de relaciones sexuales entre hombres, y por supuesto no protegidas, pero ello necesita de un estudio serio al respecto. Para cualquiera de estas enfermedades la cultura de una conducta de protección con el uso del condón constituye el factor de prevención más importante.

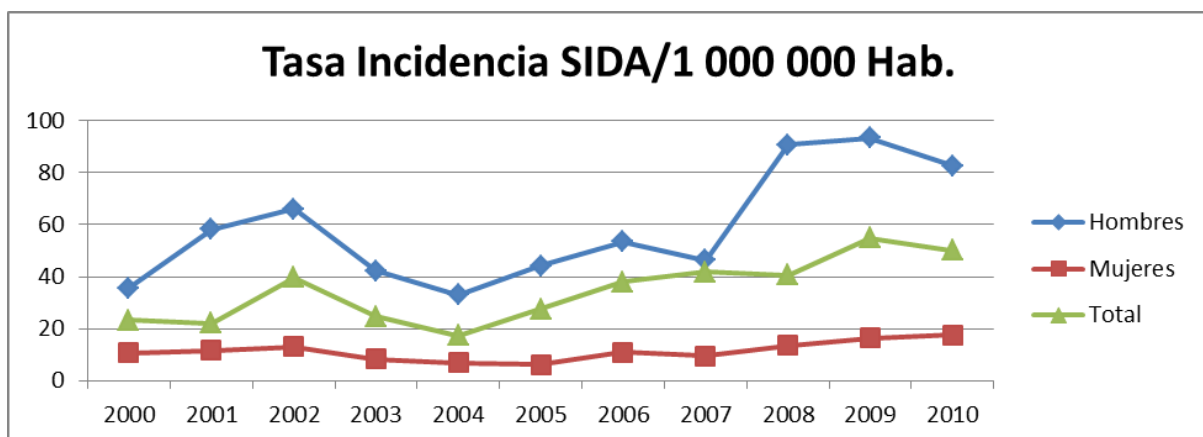


Fig. 5 Tasa Incidencia SIDA/1000 Hab.

Conclusiones.

El perfil de morbilidad cubano caracterizado por la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas (cardiovasculares, cánceres, cerebrovasculares, entre otras) coincide en el tiempo con un proceso oscilante de disminución de la fecundidad y de la población en general, un aumento de la esperanza de vida, junto a un acelerado proceso de envejecimiento de la población. Ello significa, pensado en términos salubristas, la necesidad de la preparación del sistema de salud y de la sociedad cubana para las nuevas condiciones de su estructura demográfica, que permita vivir más y con mayor calidad, que permita el aprovechamiento de la capacidad social de trabajo del adulto mayor y su experiencia acumulada. No estaría permitido seguir pensando en una sociedad de jóvenes que no habrá y en una actitud compasiva hacia una tercera edad con la que habrá que contar. La sociedad cubana debe prepararse para ello, y en ella, el Sistema Nacional de Salud, junto a otras esferas de la sociedad, debe desempeñar un papel protagónico.

No obstante, la atención al comportamiento de enfermedades infectocontagiosas como la influenza y la neumonía por su impacto en la mortalidad, así como a otras como la tuberculosis, lepra, e ITS, entre otras, por su comportamiento inestable o impacto en edades juveniles, necesitan continuar siendo objeto de atención.

Bibliografía:

1. Abdo Rodríguez, A. y Cue Brugueras, M. “*Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes.*” Rev Cubana Med Gen Integr v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006.
2. Alfonso Guerra, J. “*Prehipertensión: mito o realidad.*” Rev cubana med vol.50 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011.
3. Álvarez Aliaga, A., Rodríguez Blanco, L., Correa Barzaga, K. y Berdu Saumel, Y. “*Factores de riesgo de la retinopatía hipertensiva.*” Rev cubana med v.46 n.2 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2007.
4. Álvarez, M. et Al. “*Análisis crítico de un control de foco de tuberculosis en un municipio de la capital cubana.*” Rev Cuba Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2007 [citada: 2 de agosto de 2009]; 45(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. *Anuario Estadístico de Salud 2010.* Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de salud. La Habana, abril 2011.
6. Buergo Zuaznábar, M. “*EDITORIAL.*” Medisur 2007; 5(1) Especial.
7. Buergo Zuaznábar, M.et Al. “*GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA*” Medisur 2007; 5(1) Especial
8. Castillo Arocha, I. et Al. “*Riesgo cardiovascular según tablas de la OMS, el estudio Framingham y la razón apolipoproteína B/apolipoproteína A1.*” Rev Cubana Invest Bioméd v.29 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010.
9. Chaveco Bautista, D. et Al. “*Linfoma mediastinal en una lactante.*” Reporte de caso: Hospital Infantil Sur, 24 de Febrero, No.402, Santiago de Cuba, Cuba. 14 de enero de 2010.
10. Cruz Hernández J, Lang Prieto J, Márquez Guillén A. “*Control preconcepcional de la paciente diabética.*” Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(4).
11. Cutiño Clavel, I. y Boudet Cutié, O. “*Concepciones de la medicina oriental sobre el asma bronquial.*” MEDISAN v.14 n.3 Santiago de Cuba 22/mar-30/abr. 2010. De la Noval García, R. et Al. “*Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA).*” Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005.
12. De la Noval García, R. et Al. “*Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA).*” Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005.

13. De la Vega Pazitková, T., Pérez Martínez, V., Alerm González, A. y Lecha Estela, L. "*Estrategia de intervención para la monitorización y reducción de las crisis de asma bronquial aplicando un sistema de alerta temprana*". Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011.
14. Domínguez Alonso E, Seuc AH, Díaz Díaz O, Aldana Padilla D. "*La carga de la diabetes en Cuba, período 1990-2005*." Rev Cubana Endocrinol. 2008;19(2).
15. Dueñas Herrera, A. et Al. "*Riesgo cardiovascular total en los trabajadores del Hotel "Melía Cohíba"*". Rev Cubana Endocrinol v.19 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2008.
16. Editorial. "*Autoinmunidad y diabetes mellitus*". Rev Cubana Endocrinol 1999;10(2):83-4.
17. _____ "*Derecho reproductivo y diabetes mellitus*". Rev Cubana Endocrinol 2000;11(1):5-6.
18. *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*. Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 356398 5
19. Ferrá Torres, T., Estrada Abreu, D. y Bermejo Bencomo, W. "*Cáncer cérvico uterino y verrugas ano-genitales. Su relación*". AMC v.12 n.1 Camagüey ene.-feb. 2008.
20. Garcés Rodríguez, M. "*Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino*". Correo Científico Médico de Holguín 2010;14(1).
21. García Rosique, R. "*Conocimientos sobre prevención del cáncer cérvico-uterino en los adolescentes*". Revista Médica Electrónica. 2011;33(2).
22. Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. "*Guía de referencia rápida: Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en el primer nivel de atención*". Catalogo maestro de guías de práctica clínica: ss-146-08. Consejo de salubridad general.
23. Gómez Pérez, L. y Becerra Pérez, A. "*Cáncer de próstata, ¡Qué epidemia!*" Rev Cubana Oncol 2001;17(2):77-8
24. Gómez Vital, M. y Orihuela de la Cal, J. "*Comportamiento de los accidentes laborales*". Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 1999.
25. González Gilart, G. "*Características clínico epidemiológicas de las leucemias en el niño*". MEDISAN vol.15 no.12 Santiago de Cuba dic. 2011.
26. González Ochoa E. et Al. "*Mortalidad por tuberculosis en Cuba, 1902-1997*". REV CUBANA MED TROP 2003;55(1):5-13.
27. Guanche Garcell, et Al. "*Hospitalizaciones por accidentes de tráfico en Villa Clara (enero a junio de 2003)*". Rev Cubana Cir v.47 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008.

28. Guerra Santana, A. et Al. "Modificación de conocimientos en cardiópatas sobre rehabilitación cardiovascular" MEDISAN vol.15 no.8 Santiago de Cuba ago. 2011.
29. Guinart Zayas, N. "¿Qué hacemos con un hipertenso de edad avanzada?". Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007.
30. Hernández López, C. y Aquino Pérez, L. "Conocimiento de Prevención de accidentes en niños de 1 a 5 años. Policlínico Yaguajay. Año 2004". Rev Cubana Enfermer v.23 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2007.
31. Infomed. Servicio de noticias.
32. Iñiguez Rojas, L. "Geografía y salud en Cuba: tendencias y prioridades". Revista Cubana de Salud Pública. Cuba, No 4, 2003.
33. Jorge Miguez, A., Godoy del Sol, H. y Ortis Sagasta, M. "Caracterización de la mortalidad por accidentes del tránsito con participación de ciclos". MediSur v.8 n.4 Cienfuegos jul.-ago. 2010.
34. León López, R. y Vandama Brizuela, L. "Accidentes en la infancia: un reto para todos". Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 1997.
35. Licea Puig, M., Singh Linares, O., Smith Limonta, A. y Martínez García, R. "Frecuencia, características clínicas y resultados terapéuticos de la hipertensión arterial en diabéticos tipo 2 de un área de salud". Rev Cubana Endocrinol v.13 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2002.
36. Llanes Cordero, M. et Al. "Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa, peculiaridades de su frecuencia en Cuba 1992-2002". REV CUBANA MED TROP 2006;58(2):119-23.
37. López Nistal LM, Albizu-Campos Espiñeira JC, Gran Álvarez MA. "Evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer." Cuba, siglo XX. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(3).
38. López Suárez, J., Pila Díaz, R., Fernández Riverón, V. y Pico Ortega, L. "Comportamiento de algunos factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer cérvico-uterino en el área norte de Morón. Año 2004". Mediciego, 2005.
39. Lugones Botell, M. y Ramírez Bermúdez, M. "Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama". Rev Cubana Med Gen Integr v.25 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2009.
40. Marsán Suárez, V. et Al. "Significado biológico y clínico de la expresión de antígenos mieloides en la leucemia linfoide aguda pediátrica". Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.25 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2009.
41. Menéndez Veitia, A. et Al. "Tratamiento de la leucemia aguda no linfoide del niño en Cuba". Revista Cubana Hematología 2004; 20(2).

42. Molerio Pérez, O., Arce González, M., Otero Ramos, I. y Nieves Achon, N. *“El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial”*. Rev Cubana Hig Epidemiol v.43 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2005.
43. Orizondo Anzola, R., Ferrer Blanco, B., Penton Cortes, R. y Díaz Fernández, C. *“Resultados obstétricos y perinatales en 150 pacientes con hipertensión arterial crónica asociada al embarazo”*. Rev Cubana Obstet Ginecol v.32 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006.
44. Ortiz Martínez, A., González Martín, A. y Rodríguez Monteagudo, J. *“Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama”*. Gaceta Médica Espirituana 2005; 7(3).
45. Piñeiro Fernández, J. *“¿Debe el paciente conocer que tiene un cáncer?. Nuestra experiencia en las pacientes con cáncer de mama”*. Rev Cubana Cir 2004;43(1).
46. Robaina Aguirre, C. *“¿Cómo enfrentar los accidentes del trabajo? Lineamientos para su prevención y control”*. Rev Cubana Med Gen Integr v.14 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 1998.
47. Rodríguez, González, I. et AL. *“Diagnóstico serológico de sífilis en pacientes cubanos con VIH/SIDA”*. REV CUBANA MED TROP 2004;56(1):67-9.
48. Rojas Fuentes, J. et Al. *“Atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular en un hospital general. Experiencia de 2 años”*. Medisur 2010; 8(4).
49. Seuc AH, Domínguez E, Díaz Díaz O. *“Esperanza de vida ajustada por diabetes.”* Rev Cubana Endocrinol. 2003;14(3).
50. Shulman, V., Alderman, E., Ewig, J. y Bye, M. *“Asma en la adolescente embarazada”*. Journal of Adolescent health 1996;18:3:168-176. From the divisions of adolescent medicine and pulmonary medicine, department of pediatrics, Albert Einstein College of Medicine Montefiore Medical Center, Bronx, New York.
51. Socarrás Suárez M. y M. Bolet Astoviza. *“Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares”*. Rev Cubana Invest Bioméd v.29 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010.
52. Vega Abascal, J., M. Guimará Mosqueda y L. Vega Abascal. *“Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares”*. Rev Cubana Med Gen Integr v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011.