

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

EL ENVEJECIMIENTO EN CUBA

Políticas, progresos y desafíos

Dr. Rolando García Quiñones

Dra. Alina Alfonso León

Diciembre 2020



El envejecimiento es el principal desafío demográfico de Cuba; incide en la economía, los servicios, la familia, el reemplazo del capital humano, la seguridad social y en los costos de atención a un perfil epidemiológico demandante de alta tecnología médica.



La mayoría de los adultos mayores cubanos tienen salud y calidad de vida, producto de un robusto sistema de protección social y la solidaridad, pero es necesario extender disposiciones legales explícitas que regulen el actuar con respecto a los ancianos.



El cuidado de las personas mayores es una necesidad creciente que requiere de un reconocimiento de las estrategias familiares, vecinales y comunitarias que las personas adoptan, así como de legitimar los arreglos y acuerdos entre cuidadores y demandantes de cuidado.

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

EL ENVEJECIMIENTO EN CUBA

Políticas, progresos y desafíos

Dr. Rolando García Quiñones

Dra. Alina Alfonso León

Noviembre 2020

En cooperación con:

cedem
Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana

Contenido

Introducción.....	2
El envejecimiento demográfico.....	2
Políticas y programas	4
Envejecimiento activo y saludable.....	7
Familias y derechos de las personas mayores.....	12
Cuidados y calidad de vida.....	12
Adultos mayores y COVID-19.....	14
Consideraciones finales.....	17
Referencias bibliográficas.....	18
Lista de Figuras.....	19

INTRODUCCIÓN

Desde que nuestros antepasados se sentaron junto al fuego e intentaron articular palabras, procuraron, en el acto, escrutar su existencia. Los entresijos sobre la vejez y la muerte han sido recurrentes. La entelequia sobre la “eterna juventud” ha calado religiones y hasta la literatura universal.

En vetustos papiros egipcios se han encontrado evidencias de ungüentos para retrasar la vejez. Culturas tan antiguas como la hindú, la china o la griega se afanaron por inmortalizar a sus líderes. Los griegos hasta formularon teorías de corte social y, de manera aún primitiva, fundamentaciones biológicas (Veiga, 2020).

El envejecimiento ha sido afrontado desde que la especie humana fue consciente de lo perecedero de su existencia y de su inevitable consumación en el tiempo. La forma más sencilla de entenderlo es la de los cambios que experimentan los seres vivos con el paso del tiempo, suceso por el cual los organismos van perdiendo vitalidad y capacidad funcional.

Aunque es difícil precisar el concepto, la mayoría de los especialistas coinciden en que se trata de un proceso dinámico y multifactorial. La existencia de las especies transcurre en secuencia de etapas, en ciclos vitales progresivos. Los organismos nacen, se desarrollan y mueren; un trayecto influido por factores genéticos y ambientales, pero en los seres humanos las condicionantes socioeconómicas y culturales adquieren un especial significado.

La perspectiva que interesa situar aquí es la que proviene de la demografía social, esto es, el envejecimiento que se explica por un cambio en la estructura por edades de la población, donde se incrementa el peso relativo de las personas mayores y disminuye el porcentaje de los jóvenes, adolescentes y niños.

Cuba fue uno de los países de América Latina y el Caribe que más tempranamente inició su transición demográfica, debido al intenso descenso de la fecundidad, el aumento gradual en la expectativa de vida y el persistente saldo migratorio negativo. La interacción de estos componentes, junto a otras múltiples determinaciones, condujo al acelerado envejecimiento de su población.

El propósito de este trabajo consiste, justamente, en examinar rasgos, singularidades y algunos desafíos emergentes de ese proceso, en el contexto de un país pequeño, con recursos limitados, con políticas sociales avanzadas, una economía centralizada y permanentemente asediada.

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

El incremento de las personas de edades avanzadas es ya una tendencia mundial. Desde el punto de vista de sus implicaciones es quizás la transformación más importante de nuestra época (CEPAL, 2017). Se calcula que actualmente viven unos 1 050 millones de personas de 60 años o más, lo que representa el 13,5 % de la población mundial (UN-WPP, 2019).

Respecto a las regiones desarrolladas, el envejecimiento en América Latina y el Caribe se ha dado en un plazo más corto, por ejemplo, el tiempo para doblar la proporción de personas de 65 años y más en Francia tomó 115 años, mientras que en Brasil y Colombia se manifiesta en apenas dos décadas. Cinco países han alcanzado una etapa avanzada (Bahamas, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Uruguay), con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo e índices de envejecimiento entre 63 y 93 personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años. Barbados y Cuba están en una fase todavía más avanzada, tienen tasas de fecundidad –como el grupo anterior– bajo el nivel de reemplazo, pero una población mayor que supera a los menores de 15 años, con índices de 128 y 111 personas de 60 años o más, por cada 100 jóvenes, respectivamente. En el 2017, Barbados, Cuba y Uruguay presentaron porcentajes de la población de 60 años o más del 20 % y, la proporción de 75 años o más, entre el 6 % y el 7 % (CEPAL, 2017).

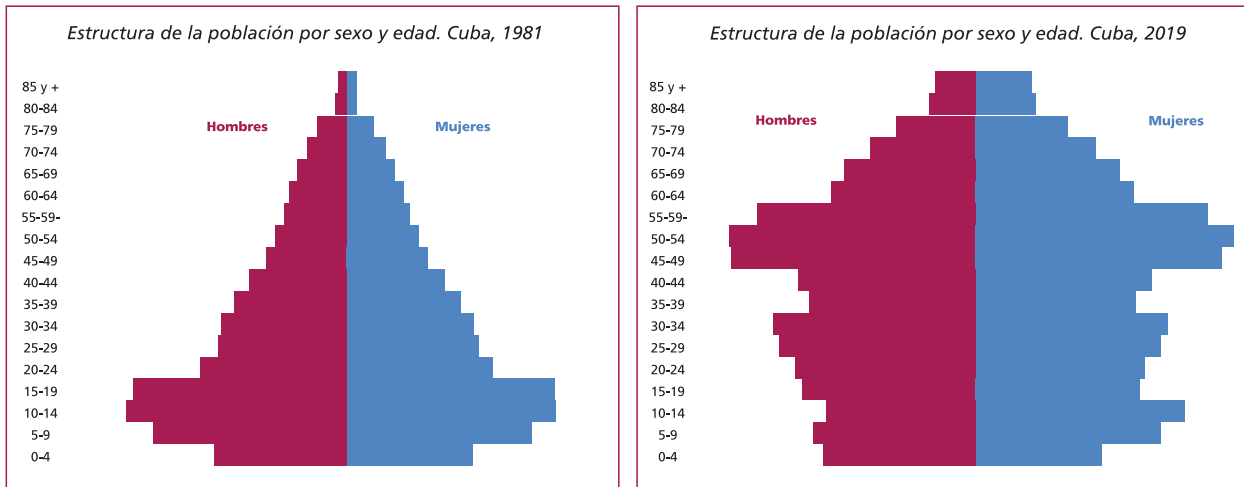
La isla se convirtió en la primera economía envejecida de la región desde 2010 (CEPAL, 2017). El cambio en la estructura por edades de su población proviene de:

- Una disminución sostenida de la fecundidad: desde 1978 la tasa global de fecundidad ha estado por debajo del nivel de reemplazo, registrando 1,57 hijos por mujer en 2019 (ONEI, 2020).
- Una disminución de la mortalidad: con una esperanza de vida para ambos sexos de 78,4 años, una tasa de mortalidad infantil de 5 defunciones de menores de 1 año por cada 1 000 nacidos vivos (ONEI, 2020) y una transición epidemiológica que se manifiesta en la relativamente alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas (García, 2019).
- Un saldo migratorio negativo sostenido: durante más de medio siglo el saldo migratorio ha sido negativo, con períodos de mayor intensidad, derivados del conflicto político entre Cuba y Estados Unidos. Durante los últimos lustros los flujos migratorios de cubanos hacia el exterior se han venido reorientando, ahora es cada vez más frecuente la búsqueda de otros países como destino. De 2006 a 2016 aproximadamente el 9,8 % de la emigración total fueron personas de 60 años o más.

De una pirámide triangular, con una base ensanchada en 1981, la estructura por sexo y edad de la población cubana se transformó en una pirámide más rectangular, abultada en su centro y de cúspide ensanchada en 2019 (Gráfico 1). Efectivamente, la población cubana ha experimentado una reducción simultánea en el porcentaje de personas menores de 15 años, frente al aumento del peso relativo de la población de 60 años y más. Al finalizar el año 2019, las personas de 60 años y más representaron el 20,8 % del total (Tabla 1).

El envejecimiento presenta una distribución bastante homogénea a nivel de provincia, con valores que oscilan entre un 18,4 % (provincia Artemisa) y un 24,0 % (en la provincia de Villa Clara) (Gráfico 2).

Gráfico 1:
Pirámides de población. Cuba 1981 y 2019.



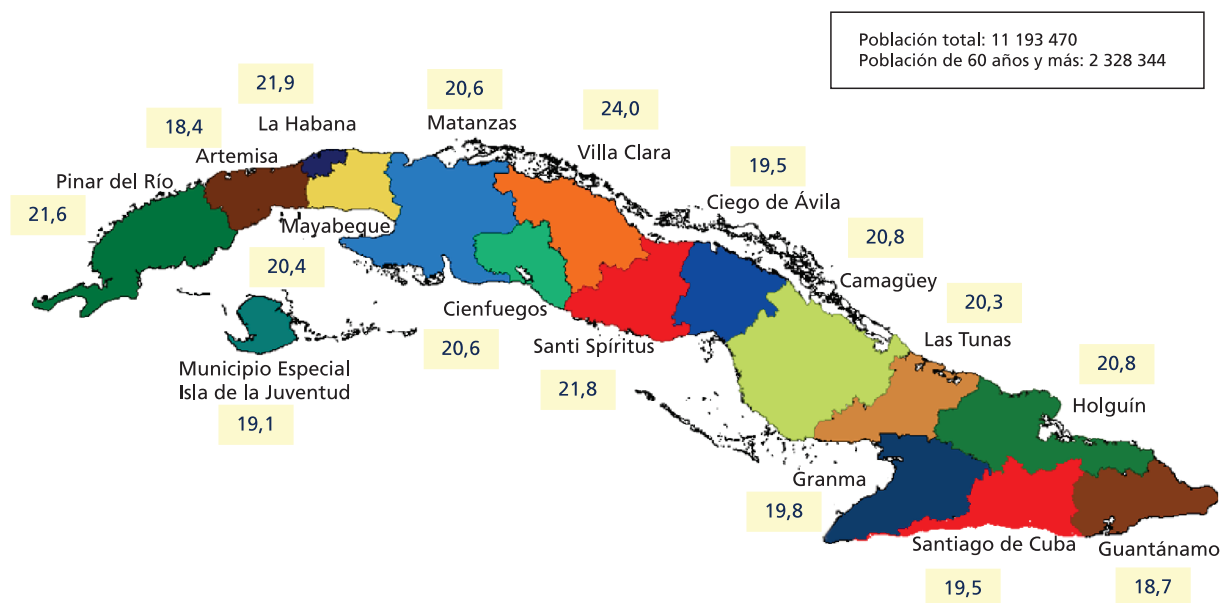
Fuente: CEE (1981). Censo de Población y viviendas, 1981. República de Cuba. ONEI (2020). Estudios y Datos de la Población. Cuba y sus Territorios, 2019.

Tabla 1:
Cuba: Población menor de 15 y con 60 años y más (2010-2019).

Población	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-14	17,3	17,2	17,2	16,9	16,7	16,5	16,3	16,0	16,0	15,8
60 y más	17,8	18,1	18,3	18,7	19,0	19,4	19,8	20,1	20,4	20,8

Fuente: ONEI (2020). Anuario Demográfico de Cuba, 2019.

Gráfico 2:
Cuba: Porcentajes de población de 60 años y más por provincias (2019).



Fuente: ONEI (2020). Anuario Demográfico de Cuba 2019.

En 1997, los 32 municipios más envejecidos del país, tenían entre el 15 % y el 19 % de personas de 60 años y más. Para 2007, se ubicaron en ese rango 94 municipios, mientras que, 17 municipios, pasaron a tener entre el 20 %

y el 24 % de personas mayores, y uno a tenía un 25,4 %. Cuando finalizó el 2019, 95 de los municipios ya tenían proporciones en el rango del 20 % a 24 %. Y 7 incluso arriba del 25 % (Tabla 2).

Tabla 2:

Cuba: Número de municipios según porcentajes de población de 60 y más (1997, 2007 y 2019).

1997 (13,5 % de población de 60 y más)					
%	< 10	10 -14	15-19	20-24	25 +
Número de municipios	21	116	32		
2007 (16,6 % de población de 60 y más)					
Número de municipios	1	56	94	17	1
2019 (20,8 % de población de 60 y más)					
Número de municipios		2	64	95	7

Fuente: ONEI (2020). El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. La Habana

Definitivamente, el envejecimiento significa un logro inobjetable, pero también comprende desafíos importantes, condicionados por las disímiles características de las personas mayores, que enfrentan un ciclo de vida más largo y por las formas en que se dan las respuestas sociales e institucionales organizadas para su atención.

Las políticas públicas cubanas han demostrado que el crecimiento económico no es la única condición para alcanzar la justicia social, por el contrario, pueden representar una alternativa para sentar muchas de las bases del bienestar de las personas mayores, aun en circunstancias materiales y financieras constreñidas.

POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Entre las fortalezas de las políticas instauradas por el Gobierno cubano para atender a las personas mayores destacan los programas y sistemas de protección social. La prioridad en lo social y la capacidad de desempeño de la población, han propiciado subsistir y adelantar muchos ámbitos de la igualdad y la justicia social, en medio de condiciones generalmente adversas.

La política de salud adoptada dispone de respaldo jurídico constitucional¹ y se sustenta en cinco principios esenciales:

es un derecho ciudadano, con responsabilidad del Estado; los servicios son gratuitos, planificados, accesibles y de cobertura universal; la atención es integral, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y con la participación de la comunidad.

En 1983 se promulgó la Ley de Salud Pública (Ley 41) que en su artículo 29 establece la coordinación del sistema nacional de salud con las demás instituciones del Estado, las organizaciones sociales, la participación de la familia y la comunidad, para brindar atención a las personas mayores mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación biopsicosocial, con el fin de asegurarles una vida activa y saludable (MINJUS, 1983). En 1986 la Ley 139, se constituyó como Reglamento de la Ley de Salud Pública, en cuya sección décima determina la atención comunitaria a través del programa "Médicos y enfermera de la familia" y "Equipos básicos de salud"² de la comunidad.

La prioridad que el Estado otorga al sector de la salud se evidencia en la asignación presupuestaria. Aún bajo las tensiones financieras que Cuba enfrenta, agravadas por el COVID-19 y la agudización del bloqueo impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos, para el 2020 se destinó a la salud pública y la asistencia social, el 28 % del presupuesto nacional.³ Asimismo se ha mantenido la prioridad en el

¹ Véase: Asamblea Nacional del Poder Popular (2019). Constitución de la República de Cuba. (Capítulo II). *Gaceta Oficial*. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Nueva%20Constituci%C3%B3n%20240%20KB-1.pdf>. p.5

² Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia.

³ Durante la IV Sesión Ordinaria de la IX Legislatura de la Asamblea Nacional el Poder Popular de Cuba, que inició el 20 diciembre 2019, el parlamento cubano aprobó la ley de presupuesto del Estado para el 2020, que destina un significativo aporte a

desarrollo de capacidades y del capital humano. El número de médicos por cada 10 000 habitantes se incrementó de 49,3 en 1994 a 86,6 en 2019, esta última cifra equivalente a 1 médico por cada 116 habitantes (MINSAP, 2020).

El sistema se sustenta en la atención primaria de salud. Desde 1984, funciona en Cuba el modelo de “Médicos y enfermeras de la familia”, que posibilita la atención integral de unas 300 familias –alrededor de 1 000 personas– en su comunidad, establece los perfiles de salud e implementa acciones clave, entre las que se ubica el seguimiento permanente y adecuado del anciano. De acuerdo con los datos oficiales existen en Cuba 11 297 equipos básicos de salud y 26 173 médicos de familia en las comunidades (MINSAP, 2019).

En 1974, con una población adulta mayor que representaba menos del 10 % del total, se implantó el Plan Nacional de Atención al Anciano, que fue perfeccionado a partir de los acuerdos de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena en 1982,⁴ en la que se abogó por una atención social e integral.

En 1984, la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Servicios Comunes del Parlamento, en colaboración con las Comisiones de Trabajo y Seguridad Social, de Construcción y de Vivienda, realizó un estudio sobre la atención institucional al anciano, diseñó y aplicó una encuesta que permitió caracterizar la situación de la atención médica y las demandas de otros servicios institucionales, como la utilización de capacidades en hogares de ancianos. Las recomendaciones formuladas sentaron las bases para lo que luego se convertiría en el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, que no pudo ser instaurado cabalmente hasta la segunda mitad de la década de los años noventa, debido a la crisis provocada por la caída del campo socialista. A partir de 1997 se estableció el programa en todos los niveles territoriales, con una concepción integral, pues, además de la salud, incluye seguridad social, deportes, cultura, derechos, entre otros eslabones. Bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, este quedó estructurado en cuatro subprogramas fundamentales.

- Subprograma de atención hospitalaria: encargado de enlazar la atención hospitalaria con la comunitaria, en aras de mantener internado al anciano durante el tiempo estrictamente necesario y reincorporarlo, en lo posible, a su medio y desarrollando en ambos niveles de atención labores de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Subprograma de atención en instituciones: desarrolla acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los ancianos, cuya única alternativa, es permanecer en una institución, pero con el apoyo de la familia, las organizaciones sociales y comunitarias. En este

se integran los Hogares de Ancianos⁵ que brindan servicios de cuidado de corta, mediana y larga estadía, para adultos mayores frágiles y en estado de necesidad, que no se benefician con otras alternativas en la comunidad. Actualmente existen en Cuba 155 Hogares de Ancianos. En el 2019 estas instituciones brindaron servicios a casi 11 000 adultos mayores (internos y seminternos), que representan tan solo el 0,5 % del total (Barbosa, 2020). En efecto, la mayoría de las personas mayores en Cuba permanece en su entorno familiar y en su comunidad. El subprograma también comprende a los Centros Médico Psicopedagógicos, que proporcionan atención preventiva, curativa y de rehabilitación, donde se incluye a las personas mayores con retraso mental.

- Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor: surge a partir de la necesidad de encontrar otras formas de atención al anciano, que satisficiera al mismo tiempo sus demandas y la de sus familiares. En esta búsqueda se detectaron factores de riesgo en los adultos mayores que quedaban solos durante el día en sus domicilios, tales como malnutrición, caídas, sentimientos de soledad, accidentes, depresiones y suicidios, provocando que los funcionalmente aptos se fueran deteriorando.
- En la comunidad reside la mayoría de las personas mayores en Cuba; algo más de 2,3 millones. La familia no siempre quiere internarlos en Hogares de Ancianos, pensando en el desarraigo de su entorno y, en sus apegos idiosincráticos y culturales, que suscitan sentimientos de culpa, por otro lado, pesa la dificultad de poder garantizar un cuidado adecuado durante el día porque los miembros de la familia no pueden ofrecerlo debido a sus ocupaciones.
- La atención incluye la dispensarización de todas las personas mayores, sus evaluaciones funcionales, la promoción de cambios en sus estilos de vida, hábitos y costumbres para prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, así como para lograr su rehabilitación comunitaria. Bajo este programa se ubican las varias modalidades:
 - Hogares de Día o Casas de Abuelos: una institución social que brinda atención integral diurna (durante 8 horas a 10 horas) a los ancianos carentes de amparo filial en absoluto o de familiares que no puedan atenderlos durante el día; se trata de personas con un cierto grado de discapacidad que no puedan mantenerse solos en su hogar y se les dificulta la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, pero sí mantienen las capacidades funcionales básicas. En estas instituciones desarrollan actividades físicas, recreativas y sociales, en las que intervienen el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Deportes, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación y las Organizaciones Sociales y Comunitarias. Durante su estancia en estos centros se les brinda desayuno, meriendas, comida y asistencia médica hasta la tarde en que regresan a sus casas. El país dispone de 293 Casas de Abuelos (MINSAP, 2020). Las Casas de Abuelos presentan ventajas

la educación y la salud pública. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2019/12/20/que-destino-tendra-el-presupuesto-del-estado-en-2020-infografias/#.XwzYmyhKjIU>

4 La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento tuvo lugar en Viena, Austria, del 26 de julio al de agosto de 1982 y fue convocada y auspiciada por las Naciones Unidas.

5 Los tradicionalmente denominados *Asilos de Ancianos*.

respecto al Hogar de Ancianos tradicional. Son menos costosas y garantizan una atención más integral, pues permiten, de una parte, que el anciano conserve su entorno habitual y, de otra, posibilita a la familia poder compaginar sus actividades con los cuidados requeridos por sus adultos mayores.

- Círculos de Abuelos: son agrupaciones de adultos mayores en las comunidades, quienes realizan actividades, físico-deportivas, culturales, recreativas, de promoción y prevención para un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria. Su objetivo fundamental es mantenerlos activos física y socialmente garantizando su salud mental. Bajo orientación de un profesional, generalmente de cultura física, se seleccionan los adultos mayores más dispuestos para que, en ausencia del instructor, participen en actividades deportivas, culturales y recreativas. El equipo de salud participa con ellos en acciones de educación y promoción de salud.
- Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica: constituido por un médico especialista, una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo, dedicados a la atención comunitaria integral al adulto mayor, fomentando otras modalidades formales y no formales de atención. Se ocupa, básicamente, de la atención integral al anciano con riesgo (que viven solos, frágiles, discapacitados, entre otros), brinda asistencia médica especializada a través de un sistema de evaluación geriátrica, coordina las respuestas que solucionen las necesidades de los ancianos por él atendidos y apoya al médico de la familia en el sistema de atención primaria de salud y a la comunidad en el desarrollo de un envejecimiento activo y saludable.

En 1982 cuando tuvo lugar la Asamblea de Viena, en Cuba no había servicios de Geriatria Hospitalaria ni Geriatrias. En 1985 se creó la Sociedad Cubana de Geriatria y Gerontología y, en 1987, surge la especialización médica en Gerontología y Geriatria, con un desarrollo progresivo que propició contar no solo con 96 médicos geriatras en 1990, sino también la capacitación de enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y personal paramédico entrenado, en esta atención especializada.⁶ Actualmente se cuenta con 589 especialistas dedicados a la Geriatria (MINSAP, 2020) y estos servicios se han diseminado en los distintos niveles desde la atención primaria de salud.

En el ámbito de los sistemas de protección social y respondiendo a los desafíos del envejecimiento demográfico, desde el 2006 se realizó una revalorización de las pensiones. En 2008 se modificó la Ley de Seguridad Social y se aprobó el aumento gradual de la edad de jubilación (60 años para la mujer y 65 para el hombre) en un lapso

de siete años. Esto ha significado extender la vida laboral del trabajador en cinco años, los años de servicios y los ingresos de los que, después de jubilados, se incorporen al trabajo. Los pensionados por edad pueden reincorporarse al trabajo y devengar la pensión y el salario, siempre que se incorporen a un cargo diferente al que ocupaban, aunque pueden desempeñarse en su perfil ocupacional. Otra norma complementaria aprobada posibilita que los jubilados del sector de la educación que se reincorporen a estas funciones en su mismo cargo, puedan simultanear la pensión y el salario. Por otra parte, la ley posibilita incrementar las cuantías de los ingresos por concepto de jubilación y lograr mayor correspondencia entre esta, el aporte, el salario y la permanencia laboral del trabajador, además, amplía a 15 años el período para la selección de los cinco mejores años de salario para el cálculo de las pensiones, modifica el cálculo de las pensiones,⁷ reconoce el derecho del viudo, de matrimonio formalizado o reconocido judicialmente, de 65 años o más, o incapacitado para el trabajo, y dependiente del cónyuge, a simultanear su pensión con la que generó la persona fallecida.

El derecho a la pensión por invalidez total o parcial se otorga con solo acreditar el vínculo laboral, eliminándose el requisito actual de tiempo de servicio prestado. Se incrementaron los fondos de la seguridad social, garantizando su sostenibilidad. Los trabajadores realizarán la contribución especial a la seguridad social, por lo que su financiamiento estará compuesto por la contribución de las entidades laborales y de los trabajadores, así como por el aporte del Estado, la normativa facilita la asistencia social a domicilio, dirigido a adultos mayores y personas con discapacidad que viven solas y que se encuentren encamadas o con movilidad restringida. Puede evaluarse el otorgamiento del servicio en núcleos integrados por más de un conviviente si todos presentan discapacidad severa o enfermedades invalidantes. La normativa garantiza subsidios para el pago de la alimentación, transportación a pacientes que requieran los servicios de salud fuera de su provincia de residencia, para el pago del consumo eléctrico en los núcleos de personas con enfermedades crónicas y para cubrir hogares de ancianos y casas de abuelos, entre otros.

En su trabajo “Sistema de pensiones de la seguridad social en Cuba: un debate presente para el futuro”, Hernández (2020) ha situado tres reflexiones que significan desafíos importantes:

- “Cuba posee un sistema de pensiones de reparto, con administración estatal, que protege a todos los ocupados formalmente en la economía con una alta tasa de cobertura. Pero el avanzado proceso de envejecimiento demográfico puede causar presión sobre la sostenibilidad financiera del esquema”.

⁶ Sociedad Cubana de Geriatria y Gerontología. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/cited/sociedad-cubana-de-geriatria-y-gerontologia/>

⁷ Para el cálculo de la pensión a los trabajadores con más de un empleo se les suma el salario promedio mensual de todos los contratos y, en el caso del pago del subsidio, se le abona por cada entidad.

- “Es necesario reconocer las desigualdades existentes en el universo laboral cubano y regular su heterogeneidad actual. Mediante la recuperación y creación de empleo productivo y formal, puede generarse un impacto creciente en la cuenta de contribuciones que reduzca el déficit sostenido actual”.
- “Debe velarse por la suficiencia de las prestaciones que se otorgan en el sistema, así como de la redistribución no contributiva en la asistencia social, a partir de su indexación a la evolución del nivel de precios en la economía”.

Para la atención de las personas con discapacidad se han establecido diversas instituciones y asociaciones como el Consejo Nacional para la Atención a las Personas con Discapacidad (CNAPD), la Asociación Nacional del Ciego (ANCI), la Asociación Cubana de Limitados Físico-Motores (ACLI-FIM), la Asociación Nacional de Sordos de Cuba (ANSOC) y otras. Además, se han instrumentado otras modalidades de apoyo a las personas que lo requieren como el Asistente Social a Domicilio para ayudar a las personas mayores altamente dependientes, la protección de los que viven solos, la teleasistencia, la alimentación, el cobro de las pensiones y jubilaciones en el domicilio, los centros de entrenamiento sociolaboral, la exoneración del pago de medicamentos y otros servicios complementarios de lavandería, peluquería y reparación de enseres menores y ayudas ortopédicas.

Se han creado escuelas de cuidadores con manuales y programas especialmente diseñados para personas que atienden a pacientes con enfermedad alzheimer, demencias y postrados. En el marco del fuerte movimiento educativo se creó en Cuba la Universidad del Adulto Mayor cuyos egresados se convierten en promotores del envejecimiento activo y saludable en sus comunidades.

Teniendo en cuenta la tendencia irreversible hacia el envejecimiento de la población cubana y como parte del proceso de actualización de los marcos legislativos que organizan y protegen las actuaciones médicas del servicio nacional de salud se trabaja actualmente en la propuesta de inclusión en la legislación de un capítulo que contenga varios artículos que normen las acciones multisectoriales e interdisciplinarias necesarias para la atención adecuada de la población adulta mayor.

De manera simultánea se trabaja en la Estrategia Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otros Síndromes Demenciales, que contempla la protección jurídica de las personas mayores con discapacidades mentales. Se considera, además, la capacitación del personal de salud sobre temas como las voluntades anticipadas y la detección temprana de las demencias, de modo que sea posible brindar un asesoramiento preventivo de estos pacientes y sus familiares.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Desde mediados del siglo xx, la psicología y la gerontología, indicaron la necesidad de un nuevo paradigma sobre la vejez y el envejecimiento (Urrutia Serrano, 2018), con el propósito de trascender el enfoque estrictamente médico. En el marco de esa pretensión emergió la propuesta del envejecimiento activo y saludable.

Expertos nacionales han apuntado que el envejecimiento activo constituye un desafío para los ancianos, la familia y la sociedad cubana actual (Reyes y Castillo, 2011).

La Organización Mundial de la Salud ha definido un grupo de determinantes del envejecimiento activo (WHO, 2002). Para el caso de Cuba se examinan los siguientes: en los determinantes transversales, el género; en los económicos, el trabajo; entre los relacionados con el entorno social, la educación; en los asociados con los sistemas de salud y servicios sociales, la prevención de enfermedades y discapacidades, la adicción al tabaco y el consumo de alcohol, y entre los relacionados con el entorno, el ambiente físico y el alojamiento, así como los arreglos familiares. Al determinante de la dinámica familiar se le dedica un apartado específico.

GÉNERO

Las diferencias de género en la expectativa de vida de los cubanos mayores son claras, con valores más altos para la población femenina. Las cifras de esperanza de vida para las personas de 60 años son 21,3 años para los hombres y 23,6 años para las mujeres. Para las personas de 75 años, las expectativas de vida son de 10,9 y 12,3 años, respectivamente.

Las ventajas en la supervivencia femenina en comparación con los hombres no equivalen necesariamente a una mejor salud. Las evidencias empíricas indican que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo de vida. Esta morbilidad conlleva una mayor incidencia de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades degenerativas crónicas y mayores niveles de discapacidad (Alfonso y García, 2005).

En la tabla 3 se compara la autopercepción de la salud de los cubanos mayores por sexo a través de datos de dos encuestas de envejecimiento.

Probablemente, debido a una fuerte influencia sociocultural, los hombres son más reticentes a admitir molestias físicas o a informar problemas de salud y como resultado los estudios muestran reportes de salud más favorables para los hombres que para las mujeres.

Tabla 3:

Cuba: salud autopercibida de las personas mayores (Encuestas 2011 y 2017).

Edades	Bien / Muy bien	Regular	Mal / Muy mal	No respondió
Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población (ENEP 2011)				
60-74 años				
Hombres	50,5	42,2	7,1	0,2
Mujeres	33,3	51,4	14,1	0,1
75 años y más				
Hombres	35,8	53,0	11,0	,2
Mujeres	29,9	54,9	14,9	0,3
Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población (ENEP 2017)				
60-74 años				
Hombres	52,1	41,9	5,8	0,2
Mujeres	36,4	50,6	12,8	0,2
75 años y más				
Hombres	32,7	56,6	10,6	0,1
Mujeres	24,3	59,2	16,3	0,2

Fuente: ONEI (2011). Resultados de la Encuestas Nacional de Envejecimiento Poblacional 2010 (ENEP 2011).

Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/enep>. ONEI (2017). Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional 2017 (ENEP 2017). Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/enep>

EDUCACIÓN

Los bajos niveles de educación y el analfabetismo se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como con mayores tasas de desempleo. La educación en la primera infancia combinada con las oportunidades para el aprendizaje permanente puede ayudar a las personas a desarrollar las habilidades y la confianza que necesitan para adaptarse y permanecer independientes a medida que envejecen (OMS, 2002).

El rol desempeñado por la educación es crucial en términos de desarrollar una base adecuada para comprender y beneficiarse de los mensajes de instrucción que no siempre se difunden a través de canales vinculados al sistema edu-

cativo. Por lo tanto, un nivel de educación adecuado es de una importancia incuestionable para mejorar y preservar la calidad de vida, al hacer que las personas estén mejor equipadas para administrar sus vidas y su entorno y para seguir buenas prácticas de vida.

En la tabla 4 se resume el nivel educativo de los cubanos mayores. La mayoría de las personas en ambos grupos de edad habían completado el nivel medio. Las principales disparidades se observan en los que solo habían completado "nivel primaria o menos", donde más del 70 % de los que informaron tal nivel educativo, tenían más de 75 años. La participación educativa fue más estandarizada entre el grupo de personas más jóvenes, lo que resultó en mejores cifras en todos los niveles.

Tabla 4:

Cuba: porcentajes de personas mayores por grupo de edad y nivel educativo.

Grupos de edad	Nivel primaria o menos	Nivel medio	Nivel medio superior	Universitario
60 -4 años	39,8	26,7	24,6	9,0
75 años y más	73,4	13,9	10,0	2,8

Fuente: ONEI (2014). Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012. La Habana.
Disponible en: <http://www.oneweb.cu>

TRABAJO

A escala mundial si más personas tuvieran acceso a un trabajo digno más temprano en la vida, más podrían llegar a la vejez como participantes activos de la fuerza laboral. Como resultado, toda la sociedad se beneficiaría. En todo el mundo se reconoce cada vez más la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva de las personas mayores (OMS, 2002: 31).

El envejecimiento de la población cubana ya se ha reflejado en la estructura de la fuerza laboral. Relativamente pocos

jóvenes se están uniendo a la fuerza laboral productiva y sus miembros activos están envejeciendo cada vez más. Sin embargo, la contribución de las personas adultas mayores que siguen trabajando es crucial en un país con una fuerte disminución de la fecundidad y altos niveles de emigración.

Según la tabla 5, la gran mayoría de las personas adultas mayores están jubiladas o se dedican a tareas domésticas. No obstante, no resultan insignificantes los porcentajes de los que continúan laborando pasados los 60 años, un 21,6 % no es en el caso de los “jóvenes más viejos” y, alrededor del 10,4 % de los “ancianos”.

Tabla 5:
Cuba: porcentaje de adultos mayores por sexo y ocupación.

Grupos de edad	Trabajando	Jubilado	Otro pensionista	Rentista	Tareas domésticas	En hospital o Asilo	Otros
60-74 años	21,6	49,2	1,5	0,3	23,0	0,4	4,0
Hombres	33,3	56,3	1,2	0,3	3,8	0,5	4,6
Mujeres	10,7	42,6	1,7	0,3	40,8	0,3	3,5
75 años y más	10,4	58,0	3,2	0,4	20,5	0,9	6,6
Hombres	12,5	74,0	1,3	0,3	4,3	1,1	6,5
Mujeres	8,8	44,8	4,7	0,5	33,9	0,6	6,7

Fuente: ONEI (2014). Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012. La Habana.
Disponible en: <http://www.oneweb.cu>

Un examen de los datos por sexo muestra que, en ambos grupos de edad los porcentajes más altos de personas dedicadas al trabajo doméstico corresponden a mujeres que llevan una carga de trabajo no remunerada y no siempre reconocida. Estas tareas, en muchos casos, incluyen el cuidado de niños, enfermos y discapacitados, quienes a veces también son personas adultas mayores.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017, el 79 % de los adultos mayores cubanos no estaba trabajando al momento de la encuesta. Alrededor del 37 % dejó de trabajar por razones distintas a la jubilación, incluidas las actividades de cuidado. Los que todavía trabajaban después de la edad de jubilación se refirieron a razones financieras como la necesidad de mantener a los niños y familiares, tener ingresos insuficientes o estar a cargo de personas dependientes.

El estudio también registró una caída en la satisfacción de los ingresos a medida que aumenta la edad.

RELACIONADOS CON LA SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Cuba ha experimentado transformaciones significativas en su perfil epidemiológico, al que ha ofrecido una respuesta social, institucional y del sector de la salud efectiva. Una vez transcurrido un exitoso período de intervención gubernamental para erradicar las enfermedades infecciosas y contagiosas prevalentes y la eliminación de las inequidades en salud propia de países pobres, el sistema y la sociedad en su conjunto encaran ahora un espectro epidemiológico caracterizado por una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y no transmisibles, la mayoría vinculadas a estilos de vida que con frecuencia incluyen comportamientos de riesgo.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, y la influenza y la neumonía, representaron el 65 % de todas las muertes en Cuba en 2019.

La tabla 6 contiene información sobre las tasas de mortalidad por las principales causas de muerte entre los cubanos mayores. La mayoría clasifican como enfermedades cróni-

cas y no transmisibles, que suelen estar asociadas con largos períodos de sufrimiento, alta demanda de cuidados, uso de fármacos y asistencia médica especializada.

Tabla 6:

Cuba: principales causas de muerte entre la población de 60 años y más (Tasas por cada 100 000 habitantes).

Causas de muerte	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enfermedades del corazón	989,1	1026,8	1029,6	999,9	1064,8	982,1	1001,2
Tumores malignos	894,7	921,1	913,0	899,0	896,3	869,5	853,5
Enfermedades cerebro vasculares	398,8	411,2	398,5	393,3	394,1	387,8	386,0
Influenza y neumonía	254,6	290,8	290,0	275,7	335,8	323,0	351,7
Accidente	180,5	189,8	195,2	191,9	187,7	194,0	179,2

Fuente: MINSAP (2020). Anuario Estadístico de Salud 2019. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario>

Estas enfermedades generalmente se desencadenan por patrones de salud inadecuados como el consumo de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio y una nutrición poco saludable.

Respecto a la discapacidad, según el último censo, aproximadamente el 13,5 % de la población cubana de 60 años o más reportó algún tipo de limitación o discapacidad que afecta el habla, la vista, la audición, la movilidad, el bienestar mental, la inteligencia o el manejo de los desechos corporales. Entre los mayores de 75 años la tasa de adultos mayores que reportaron discapacidades fue del 21,1 % (ONEI, 2012).

Según los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017, el 5,3 % de la población cubana de edad avanzada, sufre de deterioro cognitivo. La enfermedad de Alzheimer, en particular, es la principal causa de discapacidad entre los cubanos mayores y el principal contribuyente a la dependencia, la necesidad de atención, la sobrecarga económica y el estrés psicológico entre los cuidadores. Se estima que 160 000 personas mayores sufren de demencia, de estas personas el 70 % sufre de Alzheimer. Por encima de los 65 años la demencia afecta al 10 % de todas las personas. Esta cifra se eleva al 20 % a los 70 años, el 30 % a los 75 años y más del 50 % entre la población mayor de 90 años (Fariñas, 2018).

Consumo de tabaco

La investigación sobre los efectos del tabaquismo ha revelado que sus efectos nocivos son acumulativos y duraderos. El riesgo de contraer enfermedades asociadas con el tabaquismo aumenta con la duración y la cantidad de exposición (OMS, 2002).

Según la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades no Transmisibles de 2001, aproximadamente el 50 % de la población urbana de mayor edad informó fumar en algún momento. Los hombres eran mucho más propensos a ser adictos al tabaco que las mujeres (40,5 % en comparación con 16,5 %). La proporción de fumadores es mayor entre la población negra y mulata (33,5 %) que entre la población blanca (25,2 %). La diferencia es más sorprendente en la población de fumadores de 75 años o más, ya que solo el 16,5 % de los blancos incurren en los riesgos de fumar en comparación con el 33,1 % de la población negra y mulata. Esta diferencia puede estar enraizada en factores culturales. Aproximadamente el 91,4 % de estos fumadores negros y mulatos mayores reportaron bajos niveles de educación formal, mientras que el porcentaje correspondiente para los fumadores blancos mayores fue ligeramente inferior al 85,0 % (INHEM, 2001).

Más del 60 % de los fumadores expresaron su inclinación a dejar de fumar, particularmente si el proceso fuera fácil. Sin embargo, una comparación intergeneracional indica que la proporción de personas que no quieren dejar de fumar aumenta con la edad. Este comportamiento es lógicamente facilitado por tradiciones y costumbres que sirven como influencias potenciales (INHEM, 2001).

Consumo de alcohol

Las personas mayores están más expuestas a caídas y lesiones provocadas por el consumo de alcohol, además de enfrentar riesgos asociados con la mezcla de alcohol y medicamentos. Según la Organización Mundial de la Salud, existe evidencia de que el consumo de alcohol a niveles

muy bajos (hasta una bebida al día) puede ofrecer alguna forma de protección contra la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular para personas de 45 años o más (OMS, 2002). Sin embargo, los efectos adversos del consumo de alcohol superan cualquier protección contra la enfermedad coronaria entre las poblaciones de alto riesgo (Jernigan et al., 2000).

En un estudio de Bonet y colaboradores (2015) en Cuba el 12,6 % de las personas de 60 años o más se declararon como consumidores de alcohol, 29,5 % como exconsumidores y 57,9 % como abstemios. Los hombres fueron mayoría entre los consumidores. Según el color de piel las personas negras y mulatas comprendían la mayoría de los bebedores actuales y anteriores. El 21 % de los negros y mulatos comenzó a consumir alcohol antes de los 15 años, mientras que entre los blancos la cifra fue del 15 %. Aunque más del 75 % de las personas adultas mayores consideraban al consumo ocasional de alcohol como riesgoso hubo una notable disparidad por color de la piel: el 77,7 % de los negros y mulatos lo consideraban riesgoso frente a un 85,6 % de los blancos. El 81,7 % de los bebedores calificaron su situación como desfavorable y el 79 % de los blancos describió su calidad de vida como desfavorable en comparación con el 86,6 % de sus homólogos negros y mulatos.

Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011, las actividades físicas disminuyeron con la edad, al igual que fumar y beber. Se pudo observar una ligera disminución en el consumo de alcohol en comparación con la realizada en el 2001, si bien el 37,1 % de las personas de 65 años o más, aún estaban expuestas a este riesgo.

Relacionados con el entorno (ambiente físico)

Los entornos amigables con la edad pueden marcar la diferencia entre independencia y dependencia para todos los individuos y son de particular importancia a medida que las personas envejecen. Las personas mayores que viven en un entorno inseguro o en áreas con múltiples barreras físicas tienen menos probabilidades de pasar tiempo fuera de sus hogares y, por lo tanto, son más propensas al aislamiento, la depresión, la reducción de la aptitud física y los problemas de movilidad (OMS, 2002: 27).

Según el Censo de Población y Viviendas del 2012, más del 90 % de las casas donde vive una persona mayor en Cuba tienen paredes de mampostería, losa de concreto y pisos de granito. Se observan disparidades al comparar materiales para techos, ya que más del 55 % de las casas tienen techos de losa o concreto, mientras que el 38 % usa tejas cerámicas o fibrocemento, madera o aluminio, y aproximadamente el 4 % usa madera y guano (hojas de palma). El acceso a los servicios esenciales se distribuye de manera desigual, con aproximadamente una cuarta parte de las personas que no tienen acceso a la eliminación regular de desechos o al suministro de agua. También hay una diferencia notable entre las cohortes de edad respecto a las fuentes de energía para cocinar. Esto posiblemente se deba a que las personas adultas mayores más jóvenes viven en residencias más modernas.

FAMILIAS Y DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Una de las potencialidades de los hogares y recintos familiares cubanos radica en que estos continúan siendo espacios importantes en los que tienen lugar las transferencias económicas, de afecto y las interacciones sociales de apoyo. Los mejores indicadores de bienestar físico y mental en la vejez siempre se han asociado con fuertes lazos familiares y de parentesco. A lo que se puede adicionar las fortalezas del capital social⁸ y de las redes de apoyo comunitario que operan en la sociedad cubana como resultado de las necesidades de ayudas intervecinales, frente a las demandas de la vida cotidiana, pero, sobre todo, de los valores humanos y la conciencia solidaria, instaurados a lo largo de los años por el proyecto de nación y sociedad construidos.

Las ventajas de que la familia desempeñe el papel de cuidador posibilitan una mayor seguridad emocional e intimidad, al mismo tiempo que se evitan los problemas psicopatológicos de la institucionalización. La unidad doméstica constituye, indudablemente, un ámbito crucial de soporte de las estrategias familiares de vida en la cotidianidad de los cubanos, pues provee sustento, atención y servicios de protección a todos sus miembros y en particular a las personas mayores.

Como se muestra en la tabla 7, de acuerdo al último censo, el 40 % de los hogares cubanos incluye al menos un adulto mayor de 60 años y más, y el 32 % tiene dos o tres adultos mayores en un mismo hogar. Las personas de 70 años y más actúan como cabeza de familia en el 17,7 % de ellos, por lo que es muy probable que un adulto mayor cuide de otra persona mayor (ONEI, 2012). Según datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011, aproximadamente el 20 % de los hombres y mujeres mayores en Cuba brindan atención a otra persona mayor, mientras que el 30,6 % de las mujeres mayores y el 24,9 % de los hombres mayores cuidan niños.

Tabla 7:
Cuba: Hogares con personas de 60 años y más.

Total	Sin personas de 60 +	Con personas de 60 +	1 persona	2 personas	3 personas
3,785,196	2,278,344	1,506,852	1,020,119	453,371	33,362
100 %	60 %	40 %	68 %	30 %	2 %

Fuente: ONEI (2013). Censos de Población y Viviendas 2012.
Disponible en: <http://www.oneweb.cu>

8 La noción de capital social a la que se hace alusión no es la que corresponde al enfoque contable, que tiene que ver con el valor de los bienes o el dinero que los socios aportan a una empresa con determinado propósito económico, sino a su conceptualización sociológica que apunta a la cooperación entre partes. En otras palabras, implica la sociabilidad de un grupo humano con los aspectos que permiten su colaboración. Para los sociólogos el capital social es el formado por las redes sociales, la confianza mutua y las normas efectivas, tres conceptos que no son fáciles de definir y que pueden variar de acuerdo con la concepción del analista.

Algunas personas mayores pueden verse obligadas a vivir en arreglos que no son de su elección como con familiares en hogares que ya están abarrotados (OMS, 2002). En Cuba existen numerosas unidades familiares donde conviven varias generaciones por períodos relativamente largos, lo que representa un importante desafío. El déficit de vivienda está teniendo importantes influencias en las dinámicas y los arreglos domésticos. Los hijos del jefe de familia están presentes en el 70 % de los hogares cubanos extendidos, lo que significa que otros parientes no llegan a los hogares cuando los hijos crecen y se van, sino que continúan viviendo juntos con ellos. Varios estudios han tratado de examinar los determinantes que subyacen a la demora o incluso la no ocurrencia de la salida de los hijos adultos de la casa de sus padres. Es necesario investigar si un alto grado de coresidencia facilita la armonía en estas unidades familiares o si tiene un impacto negativo, generando rigidez en los arreglos domésticos, presiones sobre los recursos familiares y servicios de vivienda. Otro factor a tener en cuenta puede ser los desacuerdos en las estructuras de empoderamiento basadas en la titularidad de la vivienda, lo que puede conducir a relaciones conflictivas derivadas de la coresidencia con tíos y tías o hermanos (Franco y Alfonso, 2007). En estas circunstancias las personas mayores a menudo encuentran sus derechos relegados a una posición secundaria.

Se observa una tendencia mundial creciente a que las personas adultas mayores vivan solas, un fenómeno que no necesariamente equivale a su autonomía. Los ancianos residiendo en hogares unipersonales constituyen un nuevo desafío en el caso cubano. Y es que una de las causales de depresión en la vejez es la soledad, problemática que se agrava con la pérdida del vínculo conyugal o al fenómeno de los nidos vacíos, provocado por los efectos de la migración, mayormente de los hijos. El 52,2 % de los adultos mayores cubanos no viven con sus hijos, aunque la mayoría de las mujeres mayores sí (ONEI, 2011).

En un estudio realizado por Milán (2011) mostró la necesidad de un cambio legislativo, porque es el derecho de familia el que regula el complejo de relaciones jurídicas familiares, que incluye las establecidas entre los cónyuges, entre los padres e hijos, así como por motivo del parentesco y de la tutela. Es preciso reconocer el rol del anciano cubano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

No solo se trata del problema del establecimiento de normativas y derechos, sino de las posibilidades reales que tienen las personas mayores de acceder a estos y ejercerlos. En ese sentido todavía resultan insuficientes los instrumentos jurídicos de defensa de derechos para las personas mayores en cuanto a recursos legales expeditos y sin exceso de formalidades.

A pesar de los inobjectables progresos, en Cuba todavía se requiere continuar trabajando por establecer disposiciones más explícitas que regulen cómo se debe actuar con respecto a las personas adultas mayores, cuáles son sus deberes y derechos, así como los órganos que deben resolver cualquier pretensión o litigio en los que ellos estén involucrados.

CUIDADOS Y CALIDAD DE VIDA

El incremento tanto de la proporción como del número de personas mayores en Cuba conlleva a una demanda creciente de su cuidado, ya sea por una condición de enfermedad, de desgaste físico o detrimento mental, con una duración que puede ser larga.

Los servicios de cuidados, generalmente son prestados por miembros de la familia, quienes pueden ser personas más jóvenes o también personas mayores. La familia ofrece seguridad emocional y mayor intimidad y evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto. Si bien los cuidados posibilitan que las personas se mantengan en entornos conocidos, dilatando su ingreso en instituciones hospitalarias o especializadas, estos inciden en la vida doméstica y en la interacción de todos los miembros del hogar. Por un lado, se manifiestan las demandas de los propios adultos mayores en las que se incluyen sus perturbaciones cognitivas y su grado de dependencia y, por el otro, los cambios que suscitan en la dinámica de vida cotidiana del cuidador, incluido la sobrecarga emocional.

Actualmente el sistema de salud cubano tiene que enfrentar una realidad caracterizada por un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, la comorbilidad compleja de los ancianos, la elevada prevalencia de su fragilidad, discapacidad y dependencia, incluida la recurrencia de ciertas patologías respiratorias,⁹ contagiosas e infecciosas. La necesidad del cuidado crece y se busca hacerla más explícita en el proceso de actualización del modelo económico y social iniciado, en términos de un mayor reconocimiento de las estrategias domésticas, vecinales y comunitarias que las personas adoptan, así como legitimar los arreglos y acuerdos entre cuidadores y demandantes de cuidado.

Como ha apuntado Fernández¹⁰ (2018) resulta clave comprender que todas las personas mayores son distintas, pues se envejece de maneras diversas. Mientras unas conservan su nivel funcional para realizar las actividades de la vida diaria, otras necesitan asistencia permanente para actividades básicas cotidianas. En esto intervienen tanto factores individuales como ambientales. Los primeros estarían relacionados con la genética, los comportamientos, cambios asociados a la edad y las enfermedades; los últimos se vinculan a elementos como la vivienda, dispositivos de asistencia, instalaciones sociales y el transporte, que son determinantes de la calidad de vida de las personas mayores.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011, los adultos mayores con dos o más limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria necesitaban de la ayuda de 1,6 personas como pro-

⁹ Como actualmente el SARS-CoV-2 (COVID-19).

¹⁰ Jefe del Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

medio para su cuidado, y que cada adulto mayor con dos o más limitaciones en las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria necesitaba en promedio de 1,49 personas para que le ayudaran. El 2,2 % de los adultos mayores pueden demandar cuidados diurnos, mientras que el 1,3 % de este grupo de edad requiere cuidados permanentes.

Si bien de acuerdo con la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017 más del 90 % de los adultos mayores informan que son completamente independientes en cuanto a la realización de actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, levantarse, ir al baño o comer, los cuidados constituyen en la actualidad un importante desafío en el escenario cubano actual y prospectivo.

Un estudio realizado por la Escuela Nacional de Salud Pública, de conjunto con la Oficina Nacional de Estadísticas e Información y el Departamento de Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública y que toma como base la Encuesta Nacional de Ocupación de 2016, arrojó que alrededor de 119 000 personas declararon que no buscaron trabajo en las últimas cuatro semanas por encontrarse al cuidado de personas mayores.

En un estudio piloto sobre la vida cotidiana de 61 cuidadores de ancianos en distintos municipios de La Habana y que no reciben gratificación (Alfonso, 2015) mostró la enorme sobrecarga que sobre ellos recae, principalmente sobre las mujeres, así como sus incertidumbres sobre sus capacidades de desempeño en esos roles. Entre los resultados más relevantes de su estudio, se significaron los siguientes:

- El grueso de los cuidadores de ancianos (65,6 %) se concentró entre los 41 y 59 años, seguido por los adultos mayores que cuidan a otros adultos mayores (23,0 %). Entre estos últimos se registraron personas entre 60 y 80 años. El 54,1 % de los cuidadores refirió tener nivel universitario.
- Estos cuidadores no reciben pago alguno y algo más del 16 % proveía cuidados a personas a las que no les unía ningún vínculo familiar.
- El 40 % de los hombres y el 50 % de las mujeres tenían a su cargo otros familiares no ancianos.
- El 16,4 % con edades comprendidas entre los 41 y los 59 años tenía a su cargo dos ancianos.
- El 17,4 % de las cuidadoras mujeres que respondieron el cuestionario atendía a dos ancianos.
- Si bien el hecho de tener un alto nivel educacional sitúa a los proveedores de cuidado en una situación ventajosa a la hora de abordar estas tareas, ya que están en mejores condiciones de entender instrucciones médicas, rutinas de ejercicios, entre otras; por otro lado pudiera estar ocultando una situación de abandono de puestos de trabajo con alta calificación para asumir roles de cuidador en el hogar.
- Algo más del 65 % de los cuidadores entrevistados declaró que esta labor conllevaba una sobrecarga intensa. El 71,7 % de las mujeres calificó su sobrecarga como muy intensa.

Caballero, Martinola y Turtos (2017) abordaron las relaciones interpersonales entre cuidadores informales primarios y adultos mayores en situaciones de dependencia a partir de tres casos de cuidadores de personas mayores con enfermedades crónicas y distintos grados de dependencia en la provincia de Santiago de Cuba. En dos de los casos se trataba de cuidadoras igualmente de la tercera edad (61 y 76 años) que atendían a su tía y a su madre de 83 y 98 años, respectivamente. El tercero era de una persona de 42 años que cuidaba a su tía de 76 años. Entre sus hallazgos más relevantes se inscriben:

- Constatación de la angustia y desazón que experimenta el adulto mayor cuando pierde su autonomía y no se acostumbra a vivir limitado o incapacitado.
- Tensiones psicológicas y físicas a que está sometida la persona que cuida.
- La labor del cuidador permanece invisible y no es suficientemente reconocida desde el punto de vista social.
- Confirmación de que las tareas del cuidado recaen principalmente sobre la mujer, al igual que ocurre con el trabajo doméstico, de forma general.

En otro análisis sobre cuidadores principales de adultos mayores centenarios en el municipio de Santa Clara, Martínez, Grau, Rodríguez y González (2018) mostraron, de manera análoga, un predominio del género femenino, equivalente a un 86,7 % de la muestra. El grupo de edades en de mayor concentración de los cuidadores fue entre 58 y 73 años (39,8 %), mientras que los cuidadores ubicados en el rango de edad entre los 74 y 88 años constituyeron el 23,3 %. El 86,7 % de los cuidadores principales convivía con el familiar demandante de cuidado. En cuanto al grado de parentesco el 70 % de los cuidadores principales eran sus hijos, seguido del 20 % los nietos y el 10 % de las nueras. En relación con la experiencia en el ejercicio del rol de cuidador el 76,7 % de los sujetos afirman no poseer experiencia previa y solo el 23,3 % asumieron esta labor en algún momento de su vida, pero no necesariamente asociada al cuidado de un adulto mayor. Sin dudas, la función del cuidado se ha convertido en una actividad intensa.

La calidad de vida comenzó a concebirse como una noción multidimensional durante la década de los años setenta del siglo xx, integrando las condiciones objetivas y subjetivas de bienestar (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Aun no hay consenso sobre cómo medir la calidad de vida de una manera totalmente efectiva, así como sobre lo que debe formar parte del llamado bienestar objetivo y subjetivo. Dos ideas básicas han predominado: la calidad de vida asumida como una unidad y la calidad de vida como un constructo integrado por una serie de dominios.

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus preocupaciones (WHO, 2002). Es un concepto muy amplio que está influenciado, de manera compleja, por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de

su entorno. Por lo tanto, aunque es posible establecer un concepto nomotético de calidad de vida, también es factible otorgar pesos relativos a las variables involucradas para diferentes sujetos, acercándose a un concepto cuasi ideográfico de calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1997).

El peso específico de cada componente de la calidad de vida depende del tiempo o las circunstancias. En un entorno rural donde la vida está más en sintonía con la naturaleza, por ejemplo, tal vez las personas encuentren que sus necesidades se satisfacen con menos recursos materiales. La calidad de vida también varía según los parámetros personales. Para los jóvenes la salud es un factor secundario para trabajar o tener relaciones sociales (Ruiz y Baca, 1993), mientras que para los ancianos la salud tiene prioridad sobre cualquier otra condición.

La calidad de vida de las personas adultas mayores exhibe un perfil específico en el que ciertos factores son más significativos que en otros grupos de edad (Fernández-Ballesteros, 2008). Algunos de estos factores son personales y subjetivos (autonomía, salud, satisfacción, percepciones y juicios) y otros están vinculados con el entorno o condiciones externas (recursos económicos, vivienda y condiciones ambientales, redes de apoyo, servicios sociales y culturales). La salud incluye salud percibida y mental, satisfacción y armonía psicoemocional. El apoyo social incluye la ayuda recibida de otros o la cooperación brindada por las propias personas mayores.

Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011, el 30 % de los adultos mayores cubanos se sentían insatisfechos con su hogar. La principal limitación que declararon fue la falta de agua entubada dentro de la casa (solo el 74,1 % tenía acceso a este servicio).

El entorno comunitario no se percibió como favorable. Los servicios residenciales esenciales como el alumbrado público (65,1 %), las condiciones de la acera y la calle (76,1 %) y la higiene (55,7 %) se consideraron regulares o deficientes. La Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011 también registró que algo más del 57 % de los adultos mayores participaban en actividades comunitarias con vecinos, familiares y amigos, como una forma de eliminar los sentimientos depresivos y que los lleve a alcanzar una vida armoniosa.

Los cubanos mayores informaron que participaron en actividades de ocio y juegos de mesa (16,9 %), paseos y salidas a restaurantes (9,4 %) y viajes al cine, teatro u otros eventos culturales (6,1 %), al menos una vez al mes. Visitar o recibir visitas de familiares o amigos se realizó por lo menos una vez al mes en el 79,6 % de los casos y al menos una vez a la semana en el 43,9 % de las situaciones, aunque las salidas con familiares o amigos se registraron con mucha menos frecuencia.

Ver televisión o escuchar la radio fue el pasatiempo más popular declarado por los adultos mayores en Cuba, el 86,7 % informó hacerlo diariamente. La lectura fue un pasatiempo elegido con menos frecuencia (25,7 % diario).

Para identificar la autopercepción de los adultos mayores de su contribución social, esa encuesta exploró si habían

comenzado nuevas actividades ocupacionales, culturales, artísticas, sociales, turísticas o religiosas después de cumplir 60 años. Solo el 17 % de los encuestados en esta categoría dieron una respuesta afirmativa.

Los cubanos mayores que no habían participado en ninguna actividad nueva declararon que: “no se sentían lo suficientemente fuertes para ello” (24,8 %), “no quería hacer o no estaba interesado en hacer nada” (21,4 %) y “prefería pasar tiempo ayudando a la familia” (13,5 %).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017, los ancianos mencionaron una serie de necesidades que no pueden adquirir, como comprar y reparar la casa (30 %), vacaciones, viajes y excursiones (20 %) y ayudar a familiares (20 %). Mientras el 16 % dijo que no quiere nada. Estas cifras, junto con el 20 % que se sienten sin fuerzas para realizar cualquier actividad, representan una proporción relevante de personas mayores con una imagen negativa de la vejez (ONEI, 2019).

Las mujeres mayores de todos los grupos de edad informan más síntomas de fragilidad como sentirse cansadas, no poder subir escaleras, incapacidad para caminar al menos la longitud de una calle sin sentirse agotadas y perder peso. La mayoría de los adultos mayores cubanos tienen salud y calidad de vida, entre otras razones porque existe un robusto modelo de asistencia y protección social, por el respeto y reconocimiento en su seno familiar, y por los valores consolidados, a través de la educación, la cultura y la solidaridad, pero las necesidades materiales de las familias y, especialmente, de los miembros de edades mayores, constituyen desafíos que deben continuar siendo encarados como lo evidencian los estudios presentados.

ADULTOS MAYORES Y COVID-19

El 2020 pasará a la historia como el año en el que la humanidad sufrió una de las mayores tragedias epidemiológicas en un siglo: la COVID-19.¹¹ El 11 de marzo se detectaron en Cuba los tres primeros casos: tres turistas italianos. Coincidió con la fecha en que la Organización Mundial de la Salud la declaró como nueva pandemia. Dos días después se detectó el primer caso autóctono de contagio y, siete días más tarde, el 18 de marzo, el primer fallecido. A partir de ese momento se produjo un incremento de los casos diarios (OPS/OMS, 2020) y el Ministerio de Salud Pública pasó a ejecutar el plan intersectorial aprobado por el gobierno a finales de enero. El Plan de Enfrentamiento a la COVID-19, estableció entre sus prioridades el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para la detección temprana de los casos (OPS/OMS, 2020).

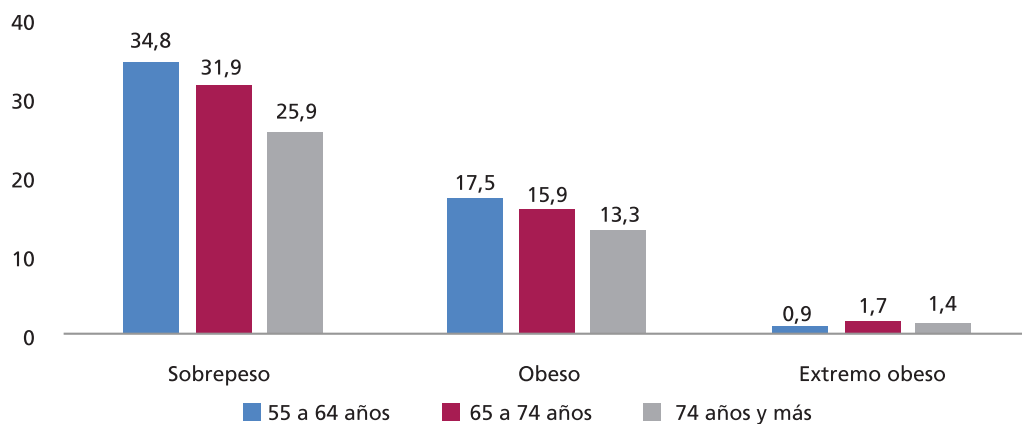
¹¹ Solo comparable con la mal llamada gripe española. Se dice que realmente se originó en el fuerte militar (Fort Riley) del estado de Arkansas, en el centro de Estados Unidos, en marzo del año 1918. Aun con imprecisiones parece que esta pandemia hizo que perdieran la vida entre cincuenta y cien millones de personas (entre el 3 % y el 6 %) de la población del planeta en ese momento.

A través de los consultorios del médico de la familia y de la acción voluntaria de estudiantes de ciencias de la salud se procedió a realizar visitas domiciliarias, así como la pesquisa activa de todos los contactos de las personas contagiadas, con la evaluación correspondiente, de acuerdo con un protocolo definido, así como su seguimiento en centros de aislamiento y hospitales (OPS/OMS, 2020). De manera análoga se implementaron medidas de control sanitario en los puntos de entrada al país y la observa-

ción, durante dos semanas, de las personas sospechosas en centros de aislamiento.

A todas las personas que pudieron haber contraído la COVID-19 y a sus contactos se les realiza la prueba molecular de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT). Las capacidades científicas instaladas en el país han propiciado la generación de medicamentos innovadores con resultados favorables en los pacientes (OPS/OMS, 2020).

Gráfico 3:
Porcentajes de obesidad según grupos de edades seleccionados.



Fuente: Bonet Gorbea, M. y Varona Pérez, P. (Editores) (2014). III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No Transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Los resultados de Cuba han sido alentadores. La curva epidémica ha sido de baja intensidad y la tasa de letalidad también. Al cierre del 27 de noviembre de 2020 se habían reportado 8 075 personas diagnosticadas con la enfermedad y 133 fallecidos.

Más del 42 % de los hogares cubanos tiene al menos un adulto mayor y en poco más del 20 % de ellos residen personas mayores solas. Se sabe que los estados graves de COVID-19 están muy representados en personas de edades avanzadas y con enfermedades crónicas.

Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2017, el 80,6 % de los cubanos de 60 años y más padece al menos de una enfermedad crónica. La hipertensión arterial afecta al 58,1 % de ellos. Las enfermedades del corazón afectan al 13,6 % de las personas de 50 años y más. Los trastornos endocrinometabólicos (diabetes, tiroides y otros) afectan a poco más del 13 %. La proporción de mujeres con enfermedades de este tipo duplica a la de los hombres en casi todos los grupos de edad y según se avanza en edad hay mayor prevalencia. La población de 60 años y más con dos enfermedades crónicas asciende al 25 %, y poco más del 19 % padece entre tres

o cuatro enfermedades. Casi el 6 % son aquejadas por cinco o más enfermedades. En otras palabras, el 50 % de los cubanos de 60 años y más padece, por lo menos, dos enfermedades crónicas (ONEI, 2019).

Por su parte la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles, reportó que a partir de los 55 años cerca del 25 % de los cubanos se declararon fumadores y un porcentaje similar refirió el consumo de alcohol. Más del 40 % de las personas mayores tenía algún tipo de sobrepeso u obesidad (Bonet-Gorbea y Varona-Pérez, 2014) (Gráfico 3).

Diversos estudios realizados durante el transcurso de la pandemia ponen de manifiesto que las personas con comorbilidades han resultado más propensas a padecer la enfermedad.

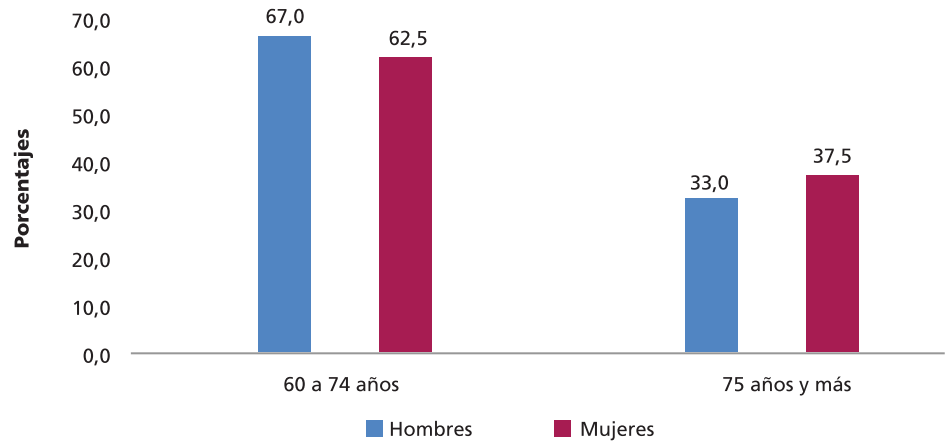
Hasta el 30 de junio del 2020 el 64,8 % de los enfermos fueron personas entre 60 y 74 años, mientras que el 35,2 % habían cumplido 75 años y más. El 66,9 % de los casos graves de COVID-19 se dio en personas con más de 60 años, mientras que el 27,3 % en personas entre 40 y 60 años que presentaban comorbilidades.

En relación con la distribución territorial las provincias con mayor número de adultos mayores enfermas había sido La Habana, Villa Clara, Matanzas, Ciego de Ávila y Artemisa. La capital, con una quinta parte de la población nacional, ha registrado la mayor cantidad de enfermos.

En el gráfico 4 se muestra el desglose por sexos en estos dos grandes grupos de edades. Se nota como en las edades más jóvenes predominan las mujeres, ocurriendo lo contrario en el grupo de individuos con edades más avanzadas.

Gráfico 4:

Enfermos de COVID-19 según grandes grupos de edades y sexos (hasta el 30 de junio de 2020).



Fuente: covid19cubadata.github.io/data/covid19-fallecidos.json

Según un artículo publicado por Garciga (2020), el Dr. José Augusto García Navarro¹² ha subrayado que con el avance de la edad los pulmones ya no son tan elásticos o resistentes y esto, de conjunto con cualquier otro problema de salud, tiende a propiciar pérdida de la función pulmonar y de las vías respiratorias.

El Dr. Alberto Fernández Seco,¹³ ha explicado que los trabajadores sociales que laboran en las 293 Casas de Abuelos en Cuba han sido capacitados para detectar cualquier sintomatología de infección respiratoria. En los Círculos de Abuelos se realizan ejercicios físicos a una distancia de dos metros y se desarrolla una labor de información sobre las medidas de prevención y autocuidado. Los 155 Hogares de Ancianos disponen de médicos y licenciados en enfermería, quienes examinan diariamente a todos los trabajadores.

Si bien es muy importante que las personas adultas mayores se mantengan activas, con rutinas que contribuyan a fortalecer su vitalidad: practicar buenos hábitos, sobre todo darse el tiempo suficiente para el sueño y el descanso, una alimentación saludable y hacer ejercicios, se debe velar por no establecer un “distanciamiento social” que conlleve a

su aislamiento. La soledad entraña riesgos. El cuidado es crucial, pero si es excesivo puede ser contraproducente e incluso limitar el desempeño físico de los ancianos.

En su artículo “Las personas mayores ante la COVID-19”, Orosa (2020), ha señalado, entre otros aspectos, que “una sociedad envejecida para ser amigable e inclusiva con los mayores lo que requiere no es guardarnos sino ser rediseñada; implementar cambios y ajustes en el entorno. Hoy nos vemos en la paradoja de apoyar todas las orientaciones de protección y de autodisciplina, encaminadas a permanecer dentro de nuestros hogares. Pero, de lo que se trata, no es de un aislamiento social de forma literal. Es más bien, un distanciamiento físico imprescindible y no de prescindir de los vínculos sociales”.

Al estar confinados en casa una gran cantidad de adultos mayores no hallan actividades que estimulen su desarrollo cognitivo, por lo que pueden verse acelerados problemas en la atención, la memoria y el pensamiento. Asimismo se les dificulta establecer relaciones sociales, lo que genera enfermedades y trastornos emocionales como el Alzheimer. Si bien el distanciamiento físico es determinante para evitar el contagio, también es importante comprender que no se trata de un aislamiento emocional con quienes o de quienes nos rodean. El llamado es a la familia para estar unidos y sanos. Mantener procesos de comunicación continua. Distanciamiento físico no es impedimento para seguir siendo solidarios en nueva cultura gerontológica, libre de discriminación y paternalismos, por un envejecimiento activo, empoderado, saludable y sostenible, comentó la psicóloga.

¹² Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

¹³ Jefe del Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

CONSIDERACIONES FINALES

El envejecimiento es considerado el principal desafío demográfico de Cuba, pues incide en la economía, los servicios, la familia, el reemplazo del capital humano, la seguridad social y en los costos de atención a un perfil epidemiológico demandante de alta tecnología médica. Relativamente pocos jóvenes se están uniendo a la fuerza laboral productiva y sus miembros activos están envejeciendo cada vez más. Sin embargo, la contribución de las personas adultas mayores puede ser importante en un país con una fuerte disminución de la fecundidad y altos niveles de emigración.

La familia cubana actual es menos numerosa. Su dinamismo y los arreglos al interior del hogar, no pocas veces tensionan la convivencia doméstica, generan conflictos, presionan los recursos y los servicios de la vivienda. Es preciso reconocer el rol del adulto mayor cubano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

A pesar de los inobjectables progresos, en Cuba todavía se requiere continuar trabajando por establecer disposiciones más explícitas que regulen cómo se debe actuar respecto a las personas adultas mayores. No solo se trata del problema del establecimiento de normativas y derechos, sino de las posibilidades reales que tienen las personas mayores de acceder a estos y ejercerlos.

La necesidad del cuidado es una demanda creciente y debe formar parte del proceso de actualización del modelo económico y social iniciado, en términos de un mayor reconocimiento de las estrategias domésticas, vecinales y comunitarias que las personas adoptan, así como legitimar los arreglos y acuerdos entre cuidadores y demandantes de cuidado.

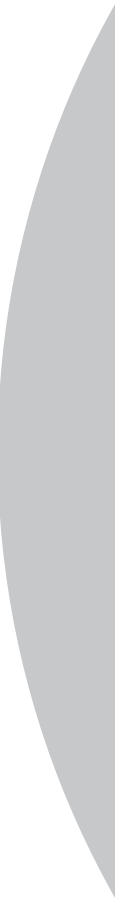
Los programas creados y la capacidad de desempeño de la población cubana han propiciado subsistir y adelantar muchos ámbitos de la igualdad y la justicia social en circunstancias generalmente adversas. Por todo esto otro desafío importante del envejecimiento se coloca, indudablemente, en la sustentabilidad financiera de los adelantos logrados en los sistemas de protección social y de atención integral a las personas mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, A. C.** (2015). *Un Estudio piloto sobre los cuidadores de ancianos*. Revista Novedades en Población, 11(22).
- Alfonso, A. C. y García, R.** (2005). *Riesgos desiguales desde roles diferentes*. Revista Novedades en Población, 1(1).
- Asamblea Nacional del Poder Popular** (2019). *Constitución de la República de Cuba*. Gaceta Oficial. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Nueva%20Constituci%C3%B3n%20240%20KB>
- Barbosa, N.** (2020). *Más del 20 % de la población cubana supera los 60 años y se han indicado medidas para protegerla*. Periódico Granma, 17 de marzo de 2020. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba-covid-19/2020-03-17/el-28-3-de-la-poblacion-cubana-tiene-mas-de-60-anos-y-se-han-indicado-medidas-para-protegerla>
- Bonet Gorbea, M. y Varona Pérez, P. (ed.)** (2014). *III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No Transmisibles*. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Caballero, A., Martinola, J. R., Hidalgo, D. R y Turtos, L.** (2017). *Relaciones interpersonales entre cuidadores informales y adultos mayores*. Revista Novedades en Población, 24, 77-83. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
- Campbell, A.** (1981). *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill.
- CEE** (1981). *Censo de Población y viviendas, 1981*. República de Cuba.
- CEPAL** (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía (LC/CRE.4/3)*, Santiago de Chile.
- Fariñas, L.** (2018). *Sigue en aumento el envejecimiento demográfico*. Periódico Granma. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-04-17>
- Fariñas, L.** (2020). *Salud Pública y MINREX actualizan sobre atraque del crucero MS Braemar, quinto caso positivo a la COVID-19 y acciones del país para enfrentar esta enfermedad*. Cubadebate, 17 de marzo.
- Fernández, A.** (2018). *Intervención en la primera jornada de XV Seminario Internacional Longevidad en abril del 2018*. La Habana, Cuba.
- Fernández-Ballesteros, R.** (1997). *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*. Anuario de Psicología, 73, 89-104. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2008). *Active ageing*. The contribution of psychology. Gottingen: Hogrefe and Huber.
- Ferro, J. M.** (2020). *Curso monográfico de inteligencia emocional aplicada a la esfera personal y laboral*. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=hGnKDwAAQBAJ&pg=PA23&lpg=PA23&dq=papiros+egipcios+descripciones+de+ung%3%BCentos+que+retrasaban+el+proceso+de+envejecimiento.&source=bl&ots=afPUon>
- Franco, M. C. y Alfonso, A. C.** (2007). *El perfil sociodemográfico de los hogares cubanos*. Análisis por territorio. La Habana: CEPDE-ONEI.
- Franco, M. C.** (2019). *Cuba: Las mujeres envejecen con peor salud, confirma la encuesta*. Disponible en: <https://vocesfeministas.mx>
- García, R.** (2019). *Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidadores*. Revista Novedades de Población, 15(29), 129-140.
- Gárciga, M. C.** (2020) *El coronavirus y los adultos mayores: una batalla desigual*. Disponible en: <https://www.periodismodebarrio.org/2020/04/el-coronavirus-y-los-adultos-mayores-una-batalla-desigual/>.
- INHEM** (2011). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud y Enfermedades No Transmisibles*. Informes Técnicos (versiones 1995, 2001 y 2011). La Habana, Cuba.
- Martínez, L., Grau, Y., Rodríguez, L. y González, E.** (2016) *¿Quién cuida a los adultos centenarios del municipio Santa Clara en Cuba?* Revista Novedades en Población, 28.
- Meeberg, G. A.** (1993). *Quality of life: A concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 18, 32-38.
- Milán, L. M.** (2011). *El entorno familiar del adulto mayor*. Realidad versus legislación. Revista Dialnet, Derecho y Cambio Social, 8(25), 1-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- MINSAP** (2020). *Anuario*. Estadístico de Salud, 2019.
- ONEI** (2011). *Resultados de la Encuestas Nacional de Envejecimiento Poblacional 2010*. Disponible en: <http://www.onei.cu/publicaciones/cepde/enep>
- ONEI** (2014). *Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012*. La Habana. Disponible en: <http://www.oneweb.cu>
- ONEI** (2017). *Resultados de la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional 2017*. Disponible en: <http://www.onei.cu/publicaciones/cepde/enep>
- ONEI** (2020). *El Envejecimiento de la Población*. Cuba y sus territorios. La Habana.
- ONEI** (2020). *Estudios y Datos de la Población*. Cuba y sus Territorios. 2019
- Orosa, T.** (2020). *Las personas mayores ante la COVID-19*. Cubadebate, 28 marzo 2020. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/03/28/las-personas-mayores-ante-la-covid-19/#.X7yGG2hKjIU>
- Ruiz, M. A. and Baca, E.** (1993). *Design and Validation of the Quality of Life Questionnaire*. A Generic Health-related Perceive, Quality of Life Instrument. European Journal of Psychological Assessment, 9(1).
- UN-WPP** (2019). *World Population Prospects: The 2019 Revision*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- Veiga, J. M.** (2020). *Curso monográfico de inteligencia emocional aplicada a la esfera personal y laboral*. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=hGnKDwAAQBAJ&pg=PA23&lpg=PA23&dq=papiros+egipcios+descripciones+de+ung%3%BCentos+que+retrasaban+el+proceso+de+envejecimiento.&source=bl&ots=afPU>
- WHO** (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva, Switzerland. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April 2002.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Pirámides de población. Cuba 1981 y 2019.	3
Tabla 1: Cuba: Población menor de 15 y con 60 años y más (2010-2019).	3
Gráfico 2: Cuba: Porcentajes de población de 60 años y más por provincias (2019).	3
Tabla 2: Cuba: Número de municipios según porcentajes de población de 60 y más (1997, 2007 y 2019).	4
Tabla 3: Cuba: salud autopercebida de las personas mayores (Encuestas 2011 y 2017).	8
Tabla 4: Cuba: porcentajes de personas mayores por grupo de edad y nivel educativo.	8
Tabla 5: Cuba: porcentaje de adultos mayores por sexo y ocupación.	9
Tabla 6: Cuba: principales causas de muerte entre la población de 60 años y más (Tasas por cada 100 000 habitantes).	10
Tabla 7: Cuba: Hogares con personas de 60 años y más.	11
Gráfico 3: Porcentajes de obesidad según grupos de edades seleccionados.	15
Gráfico 4: Enfermos de COVID-19 según grandes grupos de edades y sexos (hasta el 30 de junio de 2020).	16



A CERCA DE LOS AUTORES

Dr. Rolando García Quiñones. Licenciado en Economía, Universidad de Tecnología y Economía, Berlín, Alemania, 1981. Egresado del Programa del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE/CEPAL), 1986. Doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población, El Colegio de México, 1994. Doctor en Ciencias Económicas, Universidad de La Habana, 1997. Profesor Titular y Director de Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (1997-2007). Vicerrector de la Universidad de La Habana (2002-2007). Assistant Representative, United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), Cuba Office (2008-2017). Profesor Titular de la Unidad Académica de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Zacatecas, desde 2017.

Dra. Alina Alfonso León. Ingeniera en Informática, egresada de la Escuela Superior Técnica Carl Schorlemmer, Mersburg, Alemania, 1980. Egresada del Programme Population and Sustainable Development (sponsored by UNFPA), University of Botswana, 1998. Doctora en Ciencias Económicas, Universidad de La Habana, 2009. Investigadora Auxiliar del Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la ONEI, Cuba (1990-2009). Investigador Auxiliar del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana (2010-actual).

PIE DE IMPRENTA

Fundación Friedrich Ebert
Edificio Plaza JR, Piso 8 Av. Tiradentes
esq. Roberto Pastoriza Santo Domingo
www.fescaribe.org

Responsable

Yesko Quiroga
Director FES
República Dominicana
Tel. 809-221-8261

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

EL ENVEJECIMIENTO EN CUBA

Políticas, progresos y desafíos



El envejecimiento es el principal desafío demográfico de Cuba; incide en la economía, los servicios, la familia, el reemplazo del capital humano, la seguridad social y en los costos de atención a un perfil epidemiológico demandante de alta tecnología médica.



La mayoría de los adultos mayores cubanos tienen salud y calidad de vida, producto de un robusto sistema de protección social y la solidaridad, pero es necesario extender disposiciones legales explícitas que regulen el actuar con respecto a los ancianos.



El cuidado de las personas mayores es una necesidad creciente que requiere de un reconocimiento de las estrategias familiares, vecinales y comunitarias que las personas adoptan, así como de legitimar los arreglos y acuerdos entre cuidadores y demandantes de cuidado.