

**CUBA: THE HEALTH SYSTEM FACED
WITH AN AGING POPULATION***María Elena Benítez****Introduction**

Demographic and economic changes are tightly linked, although it is not always known how this relationship works. It is not by chance, then, that most of the growth in world population is taking place in less developed countries, or that the worst health indicators can be found among the poorest countries in the Third World.

A new phenomenon — which can be considered unavoidable and is common to most countries — is taking place within this context. This phenomenon is population aging, a problem that will inexorably worsen and confront countries with an unprecedented aging process, one that they are ill equipped to resist. This will also generate new challenges in almost every sector of human life (economic, political, social, demographic, public health, etcetera), and will change consumption patterns, above all in the medical sector.

For Cuba, a small, underdeveloped and embargoed country, the challenge is great. The question is, ‘How are we to face this challenge?’ The answer will point to a strategy conjugating the enhancement of economic rationality by increasing the relative participation of primary attention in health expenditure and the improvement of social politics by increasing community and family participation in the creation of institutions that make it possible to improve the quality of life of the elderly and their families at a lower cost. The main goal of this article is to study the guiding principles of this strategy.

* Center for Demographic Studies. University of Havana, Cuba.
E-mail: benitez@cedem.uh.cu

**CUBA: EL SISTEMA DE SALUD FRENTE A
UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE***María Elena Benítez Pérez****Introducción**

Los cambios demográficos y económicos están estrechamente vinculados, aunque no siempre se sepa cómo actúa esa vinculación. No es casualidad, entonces, que casi todo el crecimiento de la población mundial tenga lugar en los países menos desarrollados, o que los peores indicadores de salud se observen entre los países más pobres del Tercer Mundo.

En ese contexto tiene lugar un fenómeno nuevo que puede considerarse inevitable y común a la mayoría de los países. Se trata del envejecimiento de la población, un problema que empeorará inexorablemente y que enfrentará a los países con un proceso de envejecimiento sin precedentes, y sin apenas estar preparados para hacerle frente. Ello, planteará también nuevos retos a casi todos los ámbitos de la vida humana (económico, político, social, demográfico, de salud pública, etcétera), y cambiará las modalidades de consumo, sobre todo en el ámbito médico.

Para Cuba, país pequeño, subdesarrollado y bloqueado, el reto es grande. ¿Cómo enfrentarlo? es la pregunta. Su respuesta nos llevará por una estrategia en que se conjugan la elevación de la racionalidad económica a partir de incrementar la participación relativa de la atención primaria en los gastos de salud, y el perfeccionamiento de la política social, en que se incrementa la participación de la comunidad y la familia en la solución de los problemas de la tercera edad en conjunción con la creación de instituciones que a menor costo, permiten elevar la calidad de

* Centro de Estudios Demográficos. Universidad de La Habana, Cuba.
E-mail: benitez@cedem.uh.cu

vida de los ancianos y su familia. El examen de los principios rectores de esta estrategia constituye el objetivo esencial del presente artículo.

I. La población cubana y el proceso de envejecimiento

La población cubana lleva varios años en la fase final de la transición demográfica, con bajos niveles de fecundidad y mortalidad, y por ende, bajos ritmos de crecimiento natural. A diferencia de lo ocurrido en la mayoría de los países europeos, donde la transición demográfica que culminó con el envejecimiento de la población se logró en el curso de varias generaciones, en Cuba este proceso ha sido muy acelerado y homogéneo. Es el envejecimiento demográfico uno de los principales problemas que el país está enfrentando y que se agudizará en los próximos años. Se estima que en el 2025, Cuba será el país más envejecido de América Latina, y que uno de cada cuatro cubanos será mayor de 60 años.

Del análisis de la población según grandes grupos de edades, se advierte este cambio manifiesto en su estructura, con una creciente disminución del grupo de personas con menos de 15 años, los que pasaron de representar el 36.3 por ciento de la población total en 1953, a sólo el 20.9 por ciento en el 2001. A lo largo del mismo período de tiempo se ha producido como lógica consecuencia un rápido y continuo crecimiento de los que han cumplido 60 años o más. Éstos, eran en el 2001 1 millón 629 mil 184 personas, en términos relativos representaban el 14.5 por ciento de la población total, mientras que en 1953 abarcaban sólo el 6.9 por ciento, es decir, que en menos de 50 años esta proporción más que se ha duplicado. Este lapso es corto si se considera la duración de este proceso en aquellos países que han conocido una evolución similar.

La evolución de la fecundidad

Entre 1953 y 1970, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) aumentó primero ligeramente al pasar de 3.60 a 3.70 hijos promedio por mujer. Este repunte momentáneo de la fecundidad conocido como baby boom, guardó relación con las profundas transformaciones económicas, políticas y sociales, iniciadas en el país tras el triunfo revolucionario

I. The Cuban Population and the Aging Process

The Cuban population has been in the final phase of demographic transition for several years, with low birth and mortality rates, and therefore, low natural growth rates. Contrary to what has occurred in most European countries, where the demographic transition that reached its peak with population aging evolved over several generations, this process has been very rapid and homogeneous in Cuba. Population aging is one of the main problems facing the country and one that will grow more acute in the years to come. It is estimated that, in 2025, Cuba will be the country that will have aged the most in Latin America, and that one in every four Cubans will be over 60.

This notable structure modification becomes evident in population analyses by age group, where the group of persons under 15 is fast diminishing; from 36.3 per cent of total population in 1953, they represented only 20.9 per cent in 2001. Over this same period, as a logical consequence, the rapid and continuous growth in those aged 60 or over has occurred. This sector of the population exceeded one and a half million inhabitants in 2001 (1,629,184 persons); in relative terms, they represented 14.5 per cent of the total population, while in 1953 they represented only 6.9 per cent, that is, in less than 50 years, this ratio has more than doubled. This interval is short if one compares it to the duration of this process in countries that have experienced a similar evolution.

Birth Rate Evolution

Between 1953 and 1970, the Global Birth Rate (GBR) increased slightly at first, rising from an average of 3.60 to 3.70 children per woman. This momentary growth in the birth rate known as baby boom, bore a close relationship to the deep economic, political and social transformations initiated in the country after the revolutionary triumph in January 1959, which created for the population a new system of guarantees that had been unknown until then. Subsequently, the birth rate began a sustained decrease, reaching its lowest value in 1981. This trend has continued, with slight swings in subsequent years, and in 2001 Cuba

recorded an average of 1.6 children per woman. This rate places Cuba, according to the latest World Population Data Sheet, as the country with the lowest average number of children per woman in Latin America and the Caribbean and it represents, with respect to the GBR in 1953, a 55.6 per cent decrease in relative terms.

This decline in the birth rate of Cuban women, however, requires an explanation that can hardly be attributed only to the internal dynamics of demographic variables. Thus, it becomes necessary to associate it with the deep transformations that occurred after 1959. In this sense, reference must be made to measures such as real legal equality of women, the generalization of free education and the realization of campaigns encouraging higher education for the whole population, the creation of a free national health program, the prioritization of maternal-infant care and the guarantee of employment, among others. On the other hand, one must consider the sudden change that has taken place in the social position of women and the growth in the material and cultural level of the population.

Other decisive elements in the decline of birth rates in Cuba have been birth control, abortion and the reduction in child mortality. It is also possible that, as of 1989 — the year that marks the end of Cuba's international trade and the start of serious contractions in family economies — the daily difficulties encountered by families also began to play a key role in the reduction in the number of births.

Changes in Mortality Rates

Declines in birth rates are always preceded by a reduction in mortality rates. Thus, the decline in the Infant Mortality Rate (IMR) and its impact on Cuban life expectancy is one of the most significant features in the country's demographic evolution. The Infant mortality rate has registered a sustained fall since the 46.7 value in 1969, down to 6.2 deaths for children under one for every one thousand live births in 2001, that is, an almost eightfold reduction with respect to the level registered at the end of the 1960s. This 6.2 IMR places Cuba, according to the latest World Population Data Sheet, among the countries

de enero de 1959, las cuales constituyeron para la población un nuevo sistema de garantías desconocido hasta ese momento. Con posterioridad, la fecundidad inició un sostenido descenso que alcanza su valor más bajo en 1981. Esta tendencia se ha conservado con ligeras oscilaciones en los años posteriores, y en el 2001, indicaba un promedio de 1.6 hijos por mujer. Esta tasa sitúa a Cuba, según la última World Population Data Sheet, como el país de más bajo promedio de hijos por mujer entre los países de América Latina y El Caribe, y representa en relación con la TGF de 1953, un descenso en términos relativos de un 55.6 por ciento.

Este descenso en la fecundidad de las mujeres cubanas, sin embargo, requiere una explicación que difícilmente se pueda resumir únicamente en la dinámica interna de las variables demográficas. Por eso, se hace necesario vincularlo a las profundas transformaciones ocurridas después de 1959. En este sentido, son de obligada referencia medidas como la verdadera igualdad jurídica con el hombre, la masificación de la enseñanza gratuita y la realización de campañas por la elevación de la escolaridad de toda la población, la instauración de un programa nacional de salud gratuito, la priorización de la atención materno-infantil y la garantía del empleo, entre otras. Por otra parte, hay que considerar el brusco cambio que se registra en la posición social de la mujer y en el crecimiento del nivel material y cultural de la población.

Otros elementos determinantes de la disminución de la fecundidad en Cuba han sido la contracepción, el aborto y la reducción de la mortalidad infantil. A partir de 1989 año que marca la pérdida del ámbito del comercio internacional de Cuba y el inicio de severas contracciones en las economías familiares- es probable que las consideraciones de las familias acerca de las dificultades cotidianas hayan comenzado a desempeñar también un papel de importancia en la regulación de los nacimientos.

Los cambios en la mortalidad

El descenso de la fecundidad siempre es precedido de una disminución de la mortalidad. Por ello, el descenso de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y su impacto en la es-

peranza de vida de los cubanos es otro de los rasgos más destacados en la evolución demográfica del país. La tasa de mortalidad infantil ha registrado una caída sostenida desde valores de 46.7 en 1969 a 6.2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en el 2001, es decir, una reducción de casi 8 veces en relación con el nivel registrado a fines de la década de los 60. Esta TMI de 6.2 sitúa a Cuba, según la última World Population Data Sheet, entre los países de más baja mortalidad infantil en el mundo y la más baja de América Latina y El Caribe.

La esperanza de vida al nacer -indicador resumen del nivel de mortalidad general en una población- alcanzó en Cuba los 76.15 años en el bienio 1998-2000 (74.20 años para los hombres, 78.23 años para las mujeres), lo que significó un aumento de 17 años en relación con la esperanza de vida registrada en 1953. Las ganancias en la esperanza de vida la han experimentado tanto los hombres como las mujeres, pero dadas las mayores tasas de supervivencia de las mujeres frente a los hombres les corresponde a ellas una vida más prolongada.

Esta mayor prolongación de la vida para hombres y mujeres es, en definitiva, un reflejo concreto de los éxitos logrados en la salud y el bienestar de la población, y un resultado de los avances de la Revolución, como lo es también el hecho de que Cuba registre los niveles más bajos de fecundidad y de mortalidad infantil entre los países de América Latina y El Caribe, con valores equiparables, incluso, a los que presentan los países más desarrollados. A la pregunta, ¿cuál podría ser la causa principal que explique para el caso cubano estos comportamientos demográficos, sin encabezar la lista de ingresos per cápita y sin tener un elevado desarrollo industrial y económico en general? La respuesta conduciría, sin dudas, hasta las profundas transformaciones socioeconómicas producidas en el país durante el período revolucionario, que aúna los principios de soberanía y de justicia social.

En este contexto cabe destacar que aunque no se estableció una política explícita que orientara disminuir el ritmo de crecimiento de la población, en la práctica, el Estado cubano integró de una forma u otra los elementos característicos de la planificación familiar en el ámbito de las

with the lowest infant mortality rate in the world and the lowest in Latin America and the Caribbean.

Life expectancy at birth — a summary indicator of the general mortality rate in the population — reached 76.15 years in Cuba in the 1998–2000 two-year period (74.20 years for men, 78.23 years for women), representing a 17 year increase with respect to the life expectancy recorded in 1953. There have been gains in life expectancy for both men and women, but, as is generally the case life expectancy rates are higher among women than among men.

This longer life for men and women is a clear reflection of the success achieved in population health and welfare and a result of the advances of the Revolution, as is the fact that Cuba registers the lowest birth rate and infant death rate among countries in Latin America and the Caribbean, with values that can even be compared to those in more developed countries. If one were to ask, ‘In the Cuban case, what could the main reason explaining these demographic indicators, bearing in mind that the country is not at the top of the list of per capita income and does not have a high level of general industrial and economic development?’ The answer would undoubtedly point to the deep socioeconomic transformations generated in the country during the revolutionary period, which brings together the principles of sovereignty and social justice.

Within this context, it is necessary to point out that although an explicit policy oriented towards reducing the pace of population growth was not implemented, in practice, the Cuban State included, one way or another, the elements that are characteristic to family planning in its education and health policy sector. This allows me to assure you that the country’s demographic profile focuses mainly on the birth rate and everything related to it.

In other words, the increase in the ratio of population 60 years and older can be attributed, in the Cuban case, to an accelerated and homogeneous reduction of the birth rate and the persistence of low values over the last years.

II. The National Health System Faced with the Demands of Population Aging

The National Health System — established in the country in 1969 — is based on socialist public health principles, which recognize the right of the population to receive free of charge the services offered by institutions dedicated to medical as well as to social welfare. The latter includes functions related to the offer of welfare services of a permanent nature to homeless individuals, to the elderly and to those with special physical or mental needs.

This means health is conceived as a primary component of quality of life and is also a strategic goal in the development of society. The State has complete responsibility for the population's healthcare, the services have complete, public and free coverage, and they are financed by the state budget. Thus, medical services are offered in a tiered fashion, with three care levels according to the complexity level of the units offering those services: primary, secondary and tertiary care.

Within this concept, the primary health system, supported by services in the secondary and tertiary level, shapes a regional structure that creates an interrelationship among them, guaranteeing the optimal and rational use of the system's resources.

The Family Doctor and the Family Nurse: A Basic Pillar in Primary Care

Primary care currently represents a fundamental strategy in most countries. It comprises a group of promotion, prevention, curing and rehabilitation procedures and services, as well as protection for specific population groups, and approaches health problems with technologies that are appropriate to this care level, targeted at the individual, the family, the community and the environment.

In this sense, at the beginning of 1984, Cuba created a new form of primary care called 'the Family Doctor Plan', and with it, the Integral General Medicine specialization (UNICEF et al., 1991). The family doctor operates with

políticas de educación y salud. Ello, permite asegurar que el perfil demográfico del país gira principalmente alrededor de la fecundidad y de cuanto con ella se relaciona.

En otras palabras, que el aumento en la proporción de población de 60 años y más, es atribuible para el caso cubano, al descenso acelerado y homogéneo de la fecundidad y a la persistencia de sus bajos valores en los últimos años.

II. El Sistema Nacional de Salud frente a las demandas del envejecimiento de la población

El Sistema Nacional de Salud — instituido en el país en el año 1969 — se basa en los principios de la salud pública socialista, mediante los cuales se reconoce el derecho a la población de recibir de forma gratuita los servicios prestados por las instituciones dedicadas tanto a la asistencia médica como a la asistencia social. Esta última, comprende las funciones relacionadas con la prestación de servicios asistenciales de tipo permanente a personas desvalidas, ancianos e impedidos físicos y mentales.

Es decir, que la salud se concibe como un componente primario de la calidad de vida y es, además, un objetivo estratégico en el desarrollo de la sociedad. El Estado tiene toda la responsabilidad de la atención sanitaria de la población, los servicios tienen cobertura total, pública y gratuita, y su financiamiento corre a cargo del presupuesto estatal. De esta manera, los servicios médicos se prestan en forma escalonada, con tres niveles de atención según el grado de complejidad de las unidades que lo prestan: atención primaria, secundaria y terciaria.

Bajo esta concepción, el sistema de atención primaria apoyado por los servicios del nivel secundario y terciario, conforman una estructura regionalizada que crea una interrelación entre ellos garantizando los recursos de todo el sistema en forma óptima y racional.

El médico y la enfermera de la familia: un pilar básico en la atención primaria

La atención primaria de salud constituye en la actualidad una estrategia fundamental en la mayoría de los países.

La misma comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como, la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

En este sentido, Cuba comenzó a inicios de 1984, una nueva modalidad de atención primaria denominada “Plan del Médico de la Familia”, y con ello, de la especialidad de Medicina General Integral (UNICEF et al, 1991). El médico de la familia opera con una concepción amplia sobre los determinantes del estado de salud de la población, y tiene en la familia el centro de su atención. Esto significa, que en la práctica médica, antes que agotarse en los detalles -tan centrales en la mirada del especialista- toma en consideración los factores del medio ambiente, la cultura local, las características educativas de las personas y los patrones de la vida familiar. Son los niños y los ancianos los que conforman en este Programa los focos principales de atención.

O dicho de otra manera, la familia, para quien fue diseñado este programa, recibe además de los servicios médicos, orientación profiláctica dirigida a prevenir la aparición de afecciones mediante la promoción de modos de vida más saludables, al tiempo de constituir una garantía el saber a qué médico acudir rápidamente, este último aspecto cobra particular importancia entre la población anciana, donde son más frecuentes situaciones como el temor a la enfermedad y la evidencia del deterioro normal en la salud.

Para ello, el país contaba a fines del año 2001 con 67 mil 128 médicos, de los cuales 30 mil 726 eran médicos de la familia que atendían a 11 millones 133 mil 371 cubanos, es decir, el 99.1 por ciento de la población total (MINSAP, 2002). Estas cifras significan un médico por cada 167 habitantes, o si aceptamos que (según la última información disponible), el tamaño promedio de los hogares en Cuba fue de 3.3 personas, entonces el médico de la familia atendía junto a una enfermera a un aproximado de 111 familias residentes en su área de atención (Benítez, 2001).

extensive knowledge of population health determinants and the family becomes his/her center of attention. This means that, in medical practice, rather than becoming exhausted with details — which are of fundamental importance to the specialist — s/he takes into account factors in the environment, local culture, the individual’s educational characteristics and family life patterns. The main centers of attention in this program are children and the elderly.

To put it another way, the family, for whom this program was designed, receives, apart from medical services, prophylactic guidance, directed at preventing the appearance of disorders by encouraging healthier ways of life. At the same time, to know quickly which doctor to go to is reassuring and particularly important among the elderly population, where situations such as fear of sickness and evidence of natural deterioration in health are more frequent.

To this aim, by the end of 2001, the country had 67,128 doctors, of which 30,726 were family doctors taking care of 11,133,371 Cubans, that is 99.1 per cent of the total population (MINSAP, 2002). These figures represent one doctor for every 167 inhabitants, or if we are to believe that (according to the latest available information) the average size of households in Cuba was 3.3 persons, then the family doctor and one nurse took care of approximately 111 families living in his/her service area (Benítez, 2001).

This means that, in the Cuban case, it is not the population that has to seek out health services but rather it is the health system itself that identifies and seeks out the different risk groups (supposedly healthy, at risk, sick and in recovery) by offering healthcare and through the implementation of different programs and by using its preventive infrastructure — the central node of which is the family doctor and the family nurse. Compared to other contexts, this makes the cost in accessing health services in Cuba practically nill, first, because the service is free, universal and *in situ*, while on the other hand, the psychological costs that have been identified by different authors can be resolved sooner through the family doctor (Albizu-Campos, 2002).

In conclusion, the family doctor and the family nurse have become a critical component of the Cuban health system and have played a key role under the current conditions of economic austerity. It is actually a strategy that is simpler than the ones used in developed countries, but capable even of saving more lives since it adapts to the economic, social and cultural circumstances of the population, and although, from experience, it could probably not be applied in a schematic fashion in different contexts, I dare to suggest that it as a strategy that ascribes to the philosophy known as 'primary health care', which was established at the International Conference for Primary Health Care held in Alma Ata, Kazajstan, in September 1978 (WHO, 1978)

Death Rate due to Unresolved Causes and Challenges

There is a close relationship among mortality rate, the death structure by cause group and age structure in the population. One can generally say that when mortality rates are high, exogenous causes (those resulting from external circumstances or factors) predominate, and when the mortality rate falls, endogenous causes (those resulting from the genetic constitution of the individual) acquire relevance. More deaths due to exogenous causes occur within a population with a younger age structure, while in a country with an aging structure endogenous death causes predominate.

Thus, the evolution of the mortality rate that has been framed in the so called demographic transition is a consequence of what has more recently become known as the 'epidemiological transition', which not only refers to the changes in the mortality rate by sex and age but also by cause of death. Both transitions, however, are related and are part of a phenomenon that is common to both: the process of social change (ECLAC, 1993).

According to the theory of epidemiological transition conceived by Omran (1993), populations go from the 'age of plague and hunger' to the 'age of degenerative diseases and societal disorders' as a result of the control of infectious diseases. Societal diseases are those disorders in which

Es decir, que en el caso cubano, no es la población la que busca el servicio de salud, sino que es el propio sistema de salud quien señala y busca los diferentes grupos de riesgo, a través de la dispensarización de la misma (supuestamente sanos, con riesgos, enfermos y con secuelas), y de la implementación de los diferentes programas utilizando su infraestructura de prevención, cuyo nodo central es el médico y la enfermera de la familia. Ello hace que a diferencia de otros contextos, los costos de acceso al servicio de salud sean aquí prácticamente nulos. En primer lugar, porque el servicio es gratuito, universal e in situ, mientras que, por otro lado, los costos psicológicos que se han descrito en el hombre por otros autores, en el caso cubano pueden ser solventados más rápidamente a través del médico de la familia (Albizu-Campos, 2002).

En resumen, el médico y la enfermera de la familia se han convertido en un componente esencial del sistema de salud cubano, y han jugado un papel clave en las actuales condiciones de estrechez económica. Se trata realmente de una estrategia más simple que las que se utilizan en los países desarrollados, pero capaz incluso de salvar más vidas, dado que se adapta a las circunstancias económicas, sociales y culturales de la población, y aunque como experiencia tal vez no podría ser aplicada de forma esquemática en otros contextos, me animo a sugerirla como una estrategia que sigue la filosofía denominada "atención primaria de salud" que fuera establecida en la Conferencia Internacional de Cuidados Primarios de Salud celebrada en Alma Ata, Kazajistán, en septiembre de 1978 (OMS, 1978).

Mortalidad por causas y desafíos pendientes

Existe una estrecha relación entre el nivel de la mortalidad, la estructura de las defunciones por grupos de causas y la estructura por edad de una población. En general, se puede decir que cuando los niveles de mortalidad son elevados, predominan las causas exógenas (aquellas originadas por circunstancias o factores externos al individuo), y cuando éste disminuye cobran importancia las causas endógenas (las que provienen de la constitución genética del individuo). Mientras que en una población con estructura de edades jóvenes ocurren más muertes por causas

exógenas que las que lo hacen en un país con estructura envejecida donde predominan las causas de muerte endógenas.

Así, la evolución de la mortalidad que se ha enmarcado en la llamada transición demográfica, es una consecuencia de lo que más recientemente se ha denominado “transición epidemiológica”, que no sólo alude a los cambios de mortalidad por sexo y edad, sino también por causas de muerte. Ambas transiciones, sin embargo, están relacionadas entre sí y forman parte de un fenómeno que les es común: el proceso de cambio social (CEPAL, 1993).

Según la teoría de la transición epidemiológica concebida por Omran (1993), las poblaciones pasan de la “edad de la pestilencia y de la hambruna” a la de las “enfermedades degenerativas y las enfermedades de sociedad” gracias al control de las enfermedades infecciosas. Por enfermedades de sociedad, se entiende las afecciones cuyo desarrollo está ligado a los efectos perversos de la modernización (alcoholismo, nicotismo, accidentes de tránsito, suicidio, homicidio, etcétera).

Hechas estas precisiones será más fácil entender cómo el bajo nivel de mortalidad registrado en Cuba, ha sido el resultado de una transición epidemiológica hacia las enfermedades de adultos y ancianos. Las tres principales causas de muerte se corresponden aquí con enfermedades crónicas de la edad adulta no transmisibles: las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares, las cuales agrupan cerca del 60 por ciento del total de muertes. Asimismo, el porcentaje de defunciones correspondientes a personas con 60 años y más se incrementó desde 67.7 por ciento del total de fallecidos en 1980 a 75.5 por ciento en el año 2000.

Es decir, que el riesgo de morir por estas enfermedades se ha incrementado en las últimas décadas en correspondencia con el envejecimiento de la población, toda vez que tienden a aumentar en mayor proporción los grupos de edad más avanzada, los cuales están más propensos a este tipo de enfermedades cuyo tratamiento suele ser más difícil y costoso.

their development is linked to the perverse effects of modernization (alcoholism, nicotism, traffic accidents, suicide, murder, etc.).

Having made these observations, it will be easier to understand how the low mortality rate recorded in Cuba has been the result of an epidemiological transition towards the diseases of adults and old people. The three main causes of death correspond in this case to adult non-contagious chronic diseases. These are: heart disorders, malignant tumors and cerebrovascular diseases, which account for nearly 60 per cent of total deaths. In addition, the percentage of deaths in individuals 60 or older increased from 67.7 per cent of total deaths to 75.5 per cent in the year 2000.

This means that the risk of dying from these diseases has increased over the last decades as a result of population aging, because advanced age groups, which are more prone to this type of illness requiring more difficult and costly treatments, are tending to increase at a higher rate.

In fact, health problems among the elderly are another great challenge resulting from demographic aging. The main concern of the medical authorities will no longer be taking care of the health of children, who usually suffer diseases of short duration, many of which are infectious and can be prevented by vaccines; self healing disorders that, when hospitalization is required, it is usually for a short period and their treatment is not expensive. Instead, they will have to provide care for persons with chronic, degenerative diseases that usually result in death and, when hospitalization is required, it is for long periods and has a very high cost per treatment (Trejos, 1985).

Faced with these dramatic realities, the approach used by the Cuban health system acquires great significance; the system concentrates its efforts on strengthening the primary healthcare program through the family doctor and the family nurse and is more focused on prevention than on healing because it is a widely acknowledged fact that many disorders in older adults begin during adolescence.

The Cuban health system has yet to meet other challenges. The limitations resulting from the macroeconomic environment in which the efforts of social policy are established have had an effect on the goals defined. The current economic crisis brought some deterioration in health and environmental conditions, in other health determinants and in the health condition of the population itself, with an increase in mortality rates due to exogenous causes.

The most important setbacks were deficiencies in the diet, the deterioration in the supply and quality of water, the sanitary control of waste and urban garbage collection with the resulting vector multiplication, the proliferation of pigs and birds in residential areas and multi-family buildings and the reappearance of breeding places of the *Aedes Aegypti* mosquito, among others. As a result, there was a rise in digestive and parasite related diseases, tuberculosis, leptospirosis and sexually transmitted diseases (Figueras and Pérez, 1998).

Other problems include the growing rate of violent deaths and the changes in consumption habits, which are also having a significant effect on health. Preventing and controlling them, as well as other causes, will basically depend on the modification of habits and lifestyles, where risks such as obesity, sedentarism, cigarette smoking and inadequate diet stand out.

The changes outlined above lead me to the conclusion that:

- Epidemiological transition is not a linear process; on the contrary, the content, the means and the goals of health service supply are continually changing, and it is important to keep this in mind when designing strategies and policies.
- Health is not the exclusive concern of the health system but also — especially in an indirect way — of development systems, as the World Health Organization has always pointed out. Drinking water, a good drainage system and good health education, especially for women, can save more lives than medicine itself (UN, 1989).

Precisamente, los problemas de salud de los ancianos es otro de los grandes desafíos que plantea el envejecimiento demográfico. Las autoridades médicas ya no se enfrentarán, a cuidar la salud de los niños, los cuales padecen enfermedades generalmente de corta duración, muchas infecciosas, las más frecuentes prevenibles por vacunación, que se curan solas, que cuando requieren hospitalización es casi siempre por períodos cortos, de tratamiento en general barato; sino a prestar asistencia a personas con enfermedades degenerativas, crónicas, generalmente terminando con la muerte y que cuando requieren hospitalización, es por períodos largos y con costos por tratamiento muy elevados (Trejos, 1985).

Bajo estas dramáticas realidades, cobra una importancia especial el enfoque que hace el sistema de salud cubano, concentrando sus esfuerzos en el fortalecimiento del programa de atención primaria de salud a través del médico y la enfermera de la familia, interesado más en la prevención que en la cura, pues es sabido que muchas enfermedades de los adultos mayores se van gestando desde la adolescencia.

Otros son también los desafíos que tiene pendiente el sistema de salud cubano. Las limitaciones derivadas del ambiente macroeconómico en el que se inscriben los esfuerzos de la política social han tenido incidencia sobre los objetivos planteados. Así, la actual crisis económica trajo consigo cierto deterioro en las condiciones higiénico-ambientales, de otros determinantes de la salud y del propio estado de salud de la población, con un incremento de la mortalidad por causas exógenas.

Los retrocesos más importantes se sitúan en la dieta alimentaria, el deterioro en el abasto y la calidad del agua, el control sanitario de excretas, la recogida de desperdicios urbanos con la consiguiente multiplicación de vectores, la proliferación de cerdos y aves en áreas residenciales y en edificios multifamiliares, el resurgimiento de focos de mosquitos *Aedes Aegypti*, entre otros. Como consecuencia, existió un alza en las enfermedades digestivas, parasitarias, la tuberculosis, la leptospirosis, las infecciones de transmisión sexual (Figueras y Pérez, 1998).

Otros problemas son la creciente proporción de muertes por violencia, o los cambios en el consumo, que también están afectando de manera importante la salud. La prevención y control de éstas y otras causas dependerá básicamente de modificaciones en los hábitos y estilos de vida, donde resaltan riesgos como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, la dieta inadecuada y otros componentes.

Los cambios descritos hacen pensar que:

- La transición epidemiológica no es un proceso lineal, por el contrario, el contenido, los medios y los objetivos del suministro de los servicios de salud están cambiando continuamente, y esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de diseñar estrategias y políticas.
- La salud no es preocupación exclusiva del sistema de salud, sino también especialmente en forma indirecta, de los sistemas de desarrollo, como siempre ha señalado la Organización Mundial de la Salud. El agua potable, un buen sistema de desagüe y una buena educación sobre la salud, especialmente de la mujer, pueden salvar más vidas que la propia medicina (ONU, 1989).
- Una parte del incremento en la mortalidad del país escapa a la acción del sistema de salud en lo que a prevención se refiere, en tanto a él escapa una parte importante de la compleja multicausalidad que lleva desde un buen estado de salud a la enfermedad y la muerte, donde se entremezclan raíces económicas y ambientales, sociales, colectivas e individuales, así como políticas y culturales. Siendo así que sólo a través de la recuperación del nivel de vida de la población mediante el desarrollo económico y la necesaria transformación de sus modos de vida, y notablemente de consumo, podría volverse al camino de la recuperación (Albizu-Campos, 2002).

El envejecimiento de la población: una atención diferenciada

Frente a los cambios en la dinámica y estructura de la población se ha hecho inevitable acometer un plan de acción y atención diferenciado que cubra las necesidades

- Part of the increase in the country's mortality rate escapes the action of the health system with respect to prevention, while an important part of the complex multi-causality that leads from good health to sickness and death, where economic and environmental, social, collective and individual, as well as political and cultural, roots are mixed, escapes to the health system. Therefore, only by recovering the life level of the population through economic development and the necessary transformation in their ways of living, particularly in terms of consumption, can we return to the road to recovery (Albizu-Campos, 2002).

Population Aging: Differentiated Care

Faced with changes in the dynamics and in the structure of the population, it has become necessary to develop a differentiated action and care plan to cover their biological, psychological and social needs, making it possible to increase the quality of life of older persons. This Integral Program for Older Adult Care can be applied at every care level with a community and institutional focus, and it covers not only health, but social welfare, sports, culture and legislation, among other areas.

This program is accompanied by the development of geriatrics and gerontology, specializations that facilitate the study of aspects of population aging and the requirements it produces in multiple areas of social life. Thus, the Integral Program for Older Adult Care is carried out in three different areas or sub-programs. These are: community care, institutional care and hospital care.

The Community Care for the Older Adult sub-program, sponsored by the National Directorship for Older Adult Welfare, aims to contribute towards increasing health levels, satisfaction levels and quality of life for the older adult through prevention, promotion, assistance and rehabilitation activities carried out by the National Public Health System in coordination with the different state bodies and organizations involved in providing this care, and the actors are the family, the community and the older adults themselves, seeking local solutions to their problems.

The goals pursued include the following:

- Improving the health of the population aged 60 or older, increasing active life by providing this group with preventive, healing and rehabilitation treatments.
- Creating community gerontologic care that will contribute towards meeting the socioeconomic, psychological and biomedical needs of the elderly at this level.

Among the activities that are being adopted to accomplish these goals, one can find the incorporation of the elderly to the Grandparent Circle, with the systematic practice of physical exercise, along with cultural and social activities. This is an example of one of the initiatives developed in the country and made available to older persons. Through this initiative, the elderly find — within their community — the possibility to substitute their previous physical activity with a different set of activities, including morning exercises — under the supervision of qualified personnel — walks, collective birthday celebrations, among others.

These actions started during the first years of the 1980s, when my fellow workers at the Social Works Department of the Public Health Ministry realized that many of the elderly people who went to the clinics asking for medicine were actually seeking emotional support and social communication. Many had fallen ill from inertia, from an artificial sense of uselessness, from loneliness, because when the family left for work, the grandfather and the grandmother were left alone with their thoughts. It was then that the idea of organizing them was born; the grandparents have dozens of activities available to them, they feel cared for, they have people to talk to and they create new things with all their strength and desire (Granma, 1987).

The community program also includes institutions of a different kind known as Day Homes or Grandparent Homes. There, the elderly — under a semi-boarding scheme — carry out recreational, physical and social activities, which positively affect their health, and they are

biológicas, psicológicas y sociales que permitan elevar la calidad de vida de las personas con edades avanzadas. Este *Programa Integral de Atención al Adulto Mayor*, es aplicable en todos los niveles de atención con un enfoque comunitario e institucional, e incluye no sólo salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación, entre otros.

El mismo se acompaña del desarrollo de la geriatría y la gerontología, especialidades que permiten estudiar mejor los aspectos del envejecimiento poblacional y sus requerimientos en múltiples frentes de la vida social. Así, el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor se realiza en tres direcciones o subprogramas: atención comunitaria, atención institucional y atención hospitalaria.

El subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, auspiciado por la Dirección Nacional de Asistencia al Adulto Mayor, tiene como propósitos contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y al propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

Entre los objetivos que se persiguen están:

- Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumentar la vida activa mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo.
- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

Entre las actividades que se realizan para cumplimentar estos objetivos se encuentra la de incorporar a los ancianos al Círculo de Abuelos, a la práctica del ejercicio físico sistemático, actividades culturales y sociales. Nos referimos, con este ejemplo, a una de las iniciativas desarrolla-

das en el país y puesta a disposición de las personas mayores, con la cual el anciano encuentra -en el ámbito de su comunidad-, la posibilidad de poder compensar su actividad física de antes con otro conjunto de actividades, tales como: ejercicios matutinos -bajo la asesoría de un personal calificado-, paseos, celebración de cumpleaños colectivos, entre otras.

Esta acción tuvo sus inicios en los primeros años de la década de los ochenta, cuando los compañeros del Departamento de Trabajo Social del Ministerio de Salud Pública comprendieron que muchos de los ancianos que acudían a los policlínicos buscando medicamentos, estaban reclamando en realidad apoyo emocional y comunicación social. Muchos de ellos habían enfermado de inercia, de inutilidad artificial, de soledad, pues cuando toda la familia se iba al trabajo, el abuelo y la abuela se quedaban con sus pensamientos. Entonces surgió la idea de organizarlos, los abuelos realizan decenas de actividades, se sienten atendidos, tienen interlocutores y generan cosas nuevas con todas sus fuerzas y deseos (Granma, 1987).

El programa comunitario incluye también otro tipo de instituciones conocidas como Hogares de Día o Casas del Abuelo. En ellas, los ancianos -con régimen seminterno-, realizan actividades recreativas, físicas y sociales que inciden positivamente en su salud, y donde se les brinda desayuno, merienda, almuerzo, comida y asistencia médica hasta la tarde en que regresan a sus casas.

Estas nuevas instituciones presentan numerosas ventajas respecto al hogar de ancianos tradicional (asilos) ya que permiten, por una parte, que el anciano conserve su entorno habitual (el vínculo familiar, el barrio, etcétera), aspecto sobre el que los geriatras insisten mucho dada la importancia de mantener al anciano en el medio que conoce y donde se sabe desenvolverse, y por otra, posibilita a la familia, que también ha experimentado importantes cambios en su composición y estructura (tamaño reducido, con una madre que trabaja, aumento de las tasas de divorcio y más matrimonios en segundas nupcias, más familias con un solo progenitor u hogares a cargo de la mujer, mayor igualdad entre el hombre y la mujer y una repartición más frecuente de sus papeles y responsabilida-

offered breakfast, snacks, lunch, and medical attention until the afternoon, when they return to their homes.

These new institutions have numerous advantages over the traditional homes for the elderly (shelters) since they allow, on one hand, the elderly people to stay in their normal environment (family relationships, the neighborhood, etc.), a situation geriatrists insist is preferable, due to the importance of maintaining the elderly in an environment with which they are familiar and where they know their way around; and it also allows the family, which has also experienced important structural changes (a reduction in size, an increase in working mothers, a rise in divorce rates and more second marriages, a greater number of families with a single parent or homes where women are the head of household, greater equality between men and women and a more frequent sharing of their roles and responsibilities, among others), to be able to reconcile individual responsibilities with the care required by the elderly. Therefore, these new community institutions are located in the middle of two extreme solutions that usually typify the elderly people's way of life: these are full family life and / or internment in homes for the elderly.

This means that in the perception of individuals, a redefinition of old age is taking place in the country on a social scale. This does not mean that the problem has been solved but that there is greater awareness of the problem and work is being done to face up to a situation that already exists in the country and which will become more pronounced in the years to come. The new programs that have been implemented — although not sufficient — have shown the benefits — at no great cost — generated in the quality of life of the elderly and their families. They are beginning to feel that this stage in their life is not something void of pleasure. The families, for their part, also help them maintain their joy of living.

With respect to institutional care for the older adult, there were, at the end of the year 2002, 141 boarding homes for the elderly taking care of more than eight thousand (8,266), of whom 68 per cent were men and the remaining 32 per cent were women (MINSAP, 2002). Low fees are paid in

these places (they never exceed 60 pesos), and they are offered breakfast, snacks, lunch, clothing, cigarettes and constant medical attention. The greatest rise in homes for the elderly corresponds to the creation of day homes. From representing 24.5 per cent of the total in 1990, the figure rose to 52.2 per cent in the year 2001, by which time they were providing care for a total of 5,452 persons, 60 per cent of whom were men and 40 per cent women (MINSAP, 2002).

The difference between the Day Homes for the Elderly and the Grandparent Homes is basically the degree of autonomy, self-dependency or functional capacity of the elderly who attend each type of home. Thus, individuals with an acceptable level of functionality attend the Grandparent Homes, that is, persons who maintain their capacity to adapt and to perform instrumented daily life activities (cooking, using the telephone, taking a shower, walking about the house, etc.). Meanwhile, those people requiring assistance from another person to perform certain daily activities attend the Day Homes for the Elderly.

With respect to the hospital care service, there are geriatric wards in every clinical-surgical center in the country. There are 34 in total, 11 of them teaching hospitals.

In short, the government has ratified its decision to continue with social policies oriented by values of equity and social justice. Naturally, many adjustments will be necessary. Perhaps the ideas of focalization, efficiency and low cost, management follow up and control, decentralization, as well as other ideas in the language of the paradigm of contemporary public policy, will come to the fore.

We have not specifically focused on the predominant role played by the family in providing care for the elderly. In fact, the promotion of the community services that have been discussed should be understood as a means of attempting to make the assistance offered by families to their older adults more viable and effective.

des, entre otras), poder compaginar las oportunidades individuales con los cuidados requeridos por los ancianos. Por tanto, estas nuevas instituciones comunitarias se sitúan en el centro de dos soluciones extremas que suelen tipificar el modo de vida de los ancianos: la vida familiar y/o el internamiento en hogares de ancianos.

Es decir, que a escala social, se viene produciendo en el país una redefinición de la vejez en la conciencia de las personas. Ello no quiere decir que todo esté resuelto, sino que hay una mayor sensibilidad del problema y se trabaja para enfrentar una situación que el país ya tiene y que se agudizará en los próximos años. Las nuevas experiencias implementadas -sin ser suficientes- han demostrado los beneficios -sin grandes costos- producidos en la calidad de vida de los ancianos y de sus familias. Ellos comienzan a sentir que esta etapa de su vida no es algo vacío. Las familias, por su parte, también los ayudan a conservar la alegría de vivir.

En relación a la atención institucional al adulto mayor, existían en el país al finalizar el año 2001, 141 hogares de ancianos con régimen interno, los que atendían a 8 mil 266 abuelos y abuelas, de los cuales el 68 por ciento eran hombres y el 32 por ciento restante eran mujeres (MINSAP, 2002). En estos lugares se pagan precios muy módicos —nunca rebasan los 60 pesos— y se les brinda desayuno, almuerzo, comida, ropa, cigarros y una atención médica permanente. El mayor incremento de los hogares de ancianos corresponde a la creación de los hogares diurnos. Éstos pasaron de representar el 24.5 por ciento del total en 1990 al 52.2 por ciento en el año 2001, cuando atendían a un total de 5 mil 452 ancianos, de los cuales el 60 por ciento eran hombres y el 40 por ciento mujeres (MINSAP, 2002).

La diferencia entre los Hogares de Ancianos Diurnos y las Casas de Abuelos radica básicamente en el grado de autonomía, autovalidismo o capacidad funcional de los ancianos que asisten a cada una de ellas. Así, a las Casas de Abuelos asisten personas que tienen una funcionabilidad aceptable, es decir, mantienen su capacidad de adaptación y realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas (cocinar, usar el teléfono, usar el transpor-

te público, llevar el control del dinero, etcétera), y no instrumentadas (levantarse, vestirse, bañarse, andar en la casa, etcétera). Mientras que a los Hogares de Ancianos Diurnos asisten personas que requieren ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas.

En cuanto al servicio de atención hospitalaria, se puede señalar que en todos los centros clínico-quirúrgicos del país existen salas de geriatría. Son 34 en total, y de ellas 11 son docentes.

En resumen, el Gobierno ha reiterado su decisión de seguir adelante con las políticas sociales orientadas por los valores de equidad y justicia social. Naturalmente, muchos ajustes serán necesarios. Tal vez las ideas de focalización, eficiencia y bajo costo, seguimiento y control de gestión, descentralización y otras del léxico del paradigma de las políticas públicas contemporáneas cobrarán fuerza.

No hemos abordado de manera particular el papel predominante de la familia en la provisión de cuidados a las personas ancianas. Aunque, de hecho, la potenciación de los servicios comunitarios que han sido tratados, deberán ser entendidos como una forma de intentar hacer más viable y efectiva la ayuda que proporcionan las familias a sus adultos mayores.

III. Los retos del envejecimiento en la sustentabilidad de la política social

Aún cuando hay una infraestructura creada, no puede pensarse que la situación de los ancianos en Cuba es cosa fácil. Se hacen innumerables esfuerzos y podría hacerse mucho más si la economía lo permitiera. Pero lo más importante es que hay una voluntad para llevar adelante un Programa cada vez más científico, encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Los principales factores asociados a los gastos futuros que tendrá que enfrentar la salud pública serán:

- Factor epidemiológico, el cual resulta más difícil de analizar *a priori* porque incluye varios elementos cuya

III. The Challenges of Aging to the Viability of Social Policy

Although an infrastructure has been created, it would be wrong to imagine that the situation of the elderly in Cuba is easy. Innumerable efforts are being made and much more could be done if the economy would allow it. What is most important is that there is the will to push forward a program that is increasingly scientific, directed towards improving the quality of life of the persons of the third age.

The main factors associated with the future expenses incurred in the area of public health will be:

- The epidemiological factor, which is harder to analyze *a priori* because it includes several elements for which the dynamics are not clear. However, it becomes evident that the greatest increases in death causes will most certainly be adult non-contagious chronic diseases such as cancer, heart disease, accidents, etc. This forecast, obviously, does not attempt to predict what the future perspectives for epidemics such as AIDS, SARS or the West Nile virus, will be. We propose that, for the time being, there are some questions that are yet to be answered.
- The demographic factor. In this respect, there is abundant evidence to the effect that the utilization of health system services and age move in tandem. Therefore, offering health services and economic support to this growing advanced age population will be a significant challenge for the country during the twenty-first century.
- The welfare factor, which includes different elements related to the available health interventions and the intensity with which they are utilized. In this sense, as population pathology changes towards chronic diseases, health services should expand and specialize in diseases for which treatment is usually more difficult and costly.

This means that, even though no one will doubt that the prolongation of life is one of the great advances of the twentieth century, reality shows that neither the family nor society were prepared for such a high percentage of the

population—and additionally, with a growing trend—to reach such an advanced age. Some of the challenges for the coming years will therefore be: organizing a new coexistence among generations; a higher demand for welfare from persons living alone; the maintenance of longer pensions; the need to establish new and satisfactory roles for those persons aging within the new models of social integration; guaranteeing healthy aging, that is, encouraging positive lifestyles, preventing diseases and disabilities and reducing the effects of aging on the capacity to function of the individual; and achieving a society that is friendlier to older people, among others.

How Can We Accomplish This?

The country has developed a unique social policy directed by the State, allowing it to concentrate and distribute available resources in accordance with this policy. This approach has proven to be effective, particularly in times in which economic austerity has generated strong contractions in the availability of resources (UNDP, 1997).

With respect to the costs generated by the strategy followed by the health sector, its financing is based on the following elements:

- Maintaining the high participation of health expenditure in the national budget.
- Continuing to give higher priority to the primary care system, beginning from the advances made in the family doctor and family nurse scheme and strengthening the clinic system, which will allow the state to continue expanding health services with very low marginal costs.
- To continue developing the Grandparent Circles, the Grandparent Homes and, in general, institutions with very low costs or with investment and operating costs that are comparatively lower than the costs for traditional shelters for the elderly and which are capable at the same time of guaranteeing more integral care and a fuller life for the elderly.

dinámica no es absolutamente obvia. Sin embargo, resulta evidente que los mayores incrementos en las causas de muerte seguramente serán enfermedades crónicas no transmisibles de adultos, como el cáncer, las enfermedades del corazón, los accidentes, etcétera. Esta previsión, por supuesto, no considera cuáles serán las perspectivas futuras de epidemias como el SIDA, el SRAS o el virus del Nilo. Propongo que aceptemos que éstas son preguntas para las que por el momento, la respuesta queda a cargo del silencio.

- Factor demográfico, al respecto existe abundante evidencia acerca de que la utilización de los servicios del sistema de salud y la edad se mueven a la par. Por tanto, ofrecer servicios de salud y apoyo económico para esta creciente población de personas de edad avanzada, será un desafío significativo para el país durante el siglo XXI.
- Factor asistencial, que comprende distintos elementos relacionados con las intervenciones sanitarias disponibles y la intensidad con que éstas se utilizan. En este sentido, al cambiar la patología de la población hacia enfermedades crónicas, los servicios de salud deberán expandirse y especializarse en enfermedades cuyo tratamiento suele ser más difícil y costoso.

Es decir, que aunque seguramente nadie pondrá en duda que la prolongación de la vida es uno de los grandes avances del siglo XX, la realidad muestra que ni la familia ni la sociedad estaban preparadas para que un porcentaje tan alto de la población, y además, con una tendencia creciente, tuviera edades tan avanzadas. Parte de los retos de los años venideros serían entonces: la organización de una nueva coexistencia entre generaciones; la mayor demanda asistencial de personas que viven solas; el mantenimiento de pensiones más prolongadas; la necesidad de establecer roles nuevos y satisfactorios para las personas que envejecen dentro de los nuevos modelos de integración social; garantizar un envejecimiento saludable, es decir, promover estilos de vida positivos, prevenir enfermedades y discapacidades, disminuir los efectos del envejecimiento sobre las capacidades funcionales del individuo; lograr una sociedad más amigable con las personas de edad avanzada, entre otros.

¿Cómo lograrlo?

El país ha desarrollado una política social única y dirigida por el Estado, lo que le ha permitido concentrar y distribuir los recursos disponibles en función de esa política. Este enfoque ha demostrado ser acertado, específicamente, en tiempos en los que la estrechez económica ha provocado fuertes contracciones en la disponibilidad de recursos (PNUD, 1997).

En cuanto a los costos generados por la estrategia seguida en el sector salud, su financiamiento se sustenta en elementos como los siguientes:

- Mantener la alta participación de los gastos de salud en el presupuesto nacional.
- Continuar elevando la prioridad al sistema de atención primaria a partir de los avances logrados en el sistema del médico y la enfermera de la familia, y fortaleciendo el sistema de policlínicos, lo que permitirá continuar ampliando los servicios de salud con muy bajos costos marginales.
- Continuar desarrollando los Círculos de Abuelos, las Casas del Abuelo y, en general, instituciones de muy bajo costo o de un costo de inversión y operación comparativamente muy inferiores a los tradicionales asilos de ancianos, a la vez que garantizan una atención mucho más integral y una vida más plena a los ancianos.
- Asociar el aumento de la expectativa de vida a garantizar una calidad de la misma.
- Promover estilos de vida más saludables, prevenir enfermedades y discapacidades.
- Elevar la participación de la familia y de la comunidad en la implementación de la política social en general y en particular la dirigida al apoyo a la tercera edad.

Finalmente, quiero señalar que la estrategia cubana de atención al adulto mayor ha evidenciado y dado respuesta a lo señalado por el psicoanalista Miguel Leivi, secretario

- Connecting the increase in life expectancy to a guarantee of quality of life.
- Encouraging healthier lifestyles, preventing sickness and disability.
- Increasing family and community participation in the implementation of social policies in general and specifically in the implementation of policies directed towards support for the third age.

Finally, I would like to point out that the Cuban strategy for older adult care has proven and responded to what was stated by the psychoanalyst Miguel Leivi, scientific secretary of the Psychoanalytic Association of Buenos Aires, when he said, ‘the most frequent problem in old age is depression, which sometimes appears as an organic illness; thus, pressure on health services would be reduced if society, instead of allowing old people to “fall off the map”, were to offer them possibilities of insertion’ (cited in Lipcovich).

In any case, ask those elderly people who meet each morning in the parks to do their morning workout, those who go on tours, those who dance at the gymnasium, or those who are lovingly and carefully tended and taken care of in any Cuban institution.

References

- Albizu Campos, J. C. 2000. *Mortalidad y Supervivencia en Cuba en los Noventa*. PhD Thesis, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Havana.
- Albizu Campos, J. C. 2002. Población y Desarrollo. Características Sociodemográficas de la Población Cubana. In Cabrera, G. et. al.(Ed.) *Hacia un Desarrollo Sostenible*. (Havana, CEDEM).
- Benítez Pérez, M. E. 2001. *Cambios Sociodemográficos de la Familia Cubana en la Segunda Mitad del Siglo XX*. (Havana, CEDEM).
- Benítez Pérez, M. E. 1999. Familia y Envejecimiento. Un Enfoque Sociodemográfico. En CEDEM-IIEF

- Diversidad y Complejidad Familiar en Cuba.* (Havana, CEDEM).
- ECLAC. 1993. Población, Equidad y Transformación Productiva. (Santiago de Chile, ECLAC).
- Figueras, M. A. and Pérez, O. 1998. *La Realidad de lo Imposible. La Salud Pública en Cuba.* (Havana, Editorial de Ciencias Sociales).
- GRANMA. 1987. Vigencias de la Tercera Edad: Abuelos de la Armonía. Julio 15.
- Lipovich P. *El Fenómeno Global de Envejecimiento y su efecto en Argentina.*, from the Virtual Health Library (Cuba).
- Ministry of National Health (MINSAP). 2002. *Anuario Estadístico de Salud 2001.* (Havana, MINSAP).
- Ministry of National Health (MINSAP). 1999. *La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras.* (Havana, Statistics Direction).
- Office for National Statistics (ONE). 2002. *Anuario Demográfico de Cuba 2001.* (Havana, ONE).
- Omran, A. 1971. The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* , 49(4).
- Population Reference Bureau. 2002. *World Population Data Sheet 2001.* (Washington, PRB).
- Statistics Government Office (CEE). 1981. *Censo de Población y Viviendas 1981. República de Cuba.* (Havana, CEE).
- Trejos, A. 1985. Implicaciones Psico-sociales del Envejecimiento de la Población Costarricense, *Ciencias Sociales*, 29, pp. 9-16.
- UNDP. 1997. *Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996.* (Havana, Caguayo).
- United Nations. 1989. *La Población del Mundo para Fines de Siglo.* (New York, UN).
- UNICEF, UNFPA, PAHO, WHO, MINSAP. 1991. *El Plan del Médico de la Familia en Cuba.* (Mexico, Editorial Cosolis).
- WHO. 1978. *Declaration of Alma Ata International Conference on Primary Health Care.* Online: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- científico de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, cuando dijo: “el problema más frecuente en la vejez son las depresiones, que muchas veces aparecen como enfermedades orgánicas; por eso, la presión sobre los servicios de salud bajaría si la sociedad, en vez de dejar que los ancianos ‘se caigan del mapa’, les ofreciera posibilidades de inserción”(citado en Lipovich).
- Si no, que lo digan esos viejitos que cada mañana se reúnen en los parques para hacer una gimnasia matutina, los que van de excursión, los que bailan en un liceo, o los que son atendidos y cuidados con cariño y esmero en cualquier institución cubana.

Referencias

- Albizu Campos, J. C. 2000. *Mortalidad y Supervivencia en Cuba en los Noventa.* Tesis de doctorado, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), La Habana.
- Albizu Campos, J. C. 2002. Población y Desarrollo. Características Sociodemográficas de la Población Cubana. En Cabrera, G. et. al.(eds.) *Hacia un Desarrollo Sostenible.* (La Habana, CEDEM).
- Benítez Pérez, M. E. 2001. *Cambios Sociodemográficos de la Familia Cubana en la Segunda Mitad del Siglo XX.* (La Habana, CEDEM).
- Benítez Pérez, M. E. 1999. Familia y Envejecimiento. Un Enfoque Sociodemográfico. En CEDEM-IIEF *Diversidad y Complejidad Familiar en Cuba.* (La Habana, CEDEM).
- Comité Estatal de Estadísticas (CEE). 1981. *Censo de Población y Viviendas 1981. República de Cuba.* (La Haban, CEE).
- CEPAL. 1993. Población, Equidad y Transformación Productiva. (Santiago de Chile, CEPAL).
- Figueras, M. A. y Pérez, O. 1998. *La Realidad de lo Imposible. La Salud Pública en Cuba.* (La Habana, Editorial de Ciencias Sociales).
- GRANMA. 1987. Vigencias de la Tercera Edad: Abuelos de la Armonía. Julio 15.
- Lipovich P. *El Fenómeno Global de Envejecimiento y su efecto en Argentina.*, tomado de la Biblioteca Virtual de la Salud (Cuba).

- Ministerio de Salud Pública (MINSAP). 2002. *Anuario Estadístico de Salud 2001*. (La Habana, MINSAP).
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP). 1999. *La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras*. (La Habana, Dirección de Estadísticas).
- Naciones Unidas. 1989. *La Población del Mundo para Fines de Siglo*. (Nueva York, ONU).
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). 2002. *Anuario Demográfico de Cuba 2001*. (La Habana, ONE).
- Omran, A. 1971. The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* , 49(4).
- OMS. 1978. *Declaration of Alma Ata International Conference on Primary Health Care*. En línea: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- PNUD. 1997. *Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba 1996*. (La Habana, Caguayo).
- Population Reference Bureau. 2002. *World Population Data Sheet 2001*. (Washington, PRB).
- Trejos, A. 1985. Implicaciones Psico-sociales del Envejecimiento de la Población Costarricense, *Ciencias Sociales*, 29, pp. 9-16.
- UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, MINSAP. 1991. *El Plan del Médico de la Familia en Cuba*. (México, Editorial Cosolis).