

== INVESTIGACIONES EN SALUD PÚBLICA ==

Facultad de Salud Pública

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS ANCIANOS EN EL MUNICIPIO HABANA VIEJA (1994-1996)

Irene Perdomo Victoria,¹ María Luisa Torres Páez² y María E. Astraín Rodríguez³

RESUMEN: Los cambios evidenciados en la estructura por edades, del país y del municipio Habana Vieja; el aumento en el número de ancianos y su natural proporción, motivó un estudio descriptivo de corte transversal en el trienio 1994-1996 que permitiera conocer el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de este grupo etéreo. El nivel de la mortalidad se determinó por tasas trienales, por los criterios de evitabilidad y a partir del indicador de años de vida perdidos según estándar, en la mortalidad prematura. La morbilidad se analizó a partir de tasas trienales en algunas enfermedades de declaración obligatoria, y las crónicas no transmisibles dispensarizadas. En los resultados obtenidos se apreció un predominio de las defunciones por enfermedades no transmisibles y una sobremortalidad masculina para todas las causas, excepto en las enfermedades cerebro-vasculares, diabetes mellitus y accidentes, que se constituyeron en riesgos mayores para las ancianas. Fue significativa la mortalidad prematura para las tres primeras causas de muerte, y además en los hombres, por la influenza, la neumonía y la cirrosis hepática; en las mujeres por la diabetes mellitus y los accidentes.

Descriptores DeCS: **MORBILIDAD; INFLUENZA/ mortalidad; NEUMONIA/ mortalidad; CIRROSIS HEPÁTICA/ mortalidad; DIABETES MELLITUS/ mortalidad; ACCIDENTES/ mortalidad; ANCIANO.**

La ancianidad es una etapa de la vida, como la niñez o la juventud. Cada etapa afecta a los humanos en sus 3 componentes: el biológico, el psicológico y el sociocultural.¹

Se puede ser un joven biológico y al mismo tiempo psicológicamente maduro y socialmente anciano; es bien conocido que existen personas con juventud y vitalidad

a los 70 años y otras que están viejas y desgastadas a los 50 años. Sin embargo, desde el punto de vista práctico es conveniente marcar un límite, aunque sea relacionado con los años de vida, los organismos internacionales, entre ellos las Naciones Unidas, llaman ancianos a las personas a partir de los 60 años de edad.

¹ Epidemióloga. Profesora Auxiliar.

² Máster en Atención Primaria.

³ Bioestadística. Profesora Asistente.

La población de 60 años y más está aumentando en una tasa anual del 3 % en comparación con un aumento del 1,9 % para la población total. En términos absolutos esto significa que el equilibrio neto de la población de ancianos de la región aumenta en más de 80 000 personas cada mes. Se proyecta que entre 1991 y 2020 la población de mayor edad aumentará más rápidamente que la población total en todos los países de América Latina.²

En Cuba, el desarrollo, en especial en salud y educación, el pleno empleo y la incorporación mayoritaria de la población femenina al trabajo remunerado y a la vida social del país en general, como consecuencia de los profundos cambios políticos, económicos y sociales generados por el proceso revolucionario a partir de 1959, son el origen del acentuado descenso en la fecundidad y la mortalidad de la población cubana. Esto explica el envejecimiento y la prolongación en la esperanza de vida.

Puede considerarse que Cuba se encuentra en un grado avanzado de la fase final de la transición demográfica con sostenidos decrecimientos en los dos últimos decenios de sus niveles de fecundidad y mortalidad y por ende, bajos niveles de crecimiento, con cambios significativos en su estructura por edad que la han llevado a un paulatino proceso de envejecimiento poblacional, indiscutiblemente uno de los principales problemas demográficos que el país debe atender en los próximos años. Dentro de tres lustros las cifras de población de 60 o más años se estiman en el 15,47 % para los hombres y el 17,5 % para las mujeres. Esta información se encuentra reflejada en el documento sobre el Análisis del Sector Salud realizado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en 1995.

El consultorio del médico de la familia constituye el 1er. nivel de atención médica

geriátrica y gerontológica; por su estructura es capaz de brindar la asistencia médica de personas de la tercera edad, su vigilancia continua, ambulatoria e incluso, el ingreso domiciliario. Permite además mantener al anciano el mayor tiempo posible en la comunidad y garantizar su bienestar y seguridad.³

La atención primaria brinda la oportunidad de conocer al anciano en su medio y de tener una vivencia real de los problemas de salud que le aquejan, para así tener una base hacia dónde encaminar nuestros esfuerzos preventivos, curativos y de rehabilitación, o sea, primero conocer la magnitud real del problema y luego, planificar y jerarquizar las medidas encaminadas a brindar una mejor atención.

Dentro del estado de salud de la población, uno de los componentes más importantes son los estudios de mortalidad, ya que se considera que los indicadores de estos niveles constituyen una de las mejores estimaciones de las condiciones de salud de una población; también es preciso apoyarse en otros indicadores como la morbilidad, que nos proporciona información sobre el número de individuos enfermos y sobre la importancia de las enfermedades que no conducen necesariamente a la muerte. El conocimiento y el análisis estadístico de éstas, resultan de gran importancia para conocer la eficiencia y la eficacia de los programas de salud; así como los avances alcanzados en este sentido.

Promover el desarrollo de investigaciones que permitan conocer en su carácter multidimensional el envejecimiento individual y poblacional en Cuba, como parte del desarrollo del programa de Atención Integral al Adulto Mayor, se encuentra dentro de las políticas e intereses del Ministerio de Salud Pública de Cuba y aparece reflejado en la Carpeta Metodológica. Este trabajo tiene como objetivo describir el compor-

tamiento de la morbilidad y mortalidad de la subpoblación de 60 y más años, además de resaltar la importancia que el fenómeno del envejecimiento ha cobrado en nuestros días y el reto que supone para la ciencia y la sociedad y en particular para la atención primaria, que debe dar respuesta a los problemas de este grupo de edad y tratar de establecer recursos preventivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar en la vejez.

Método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el municipio capitalino Habana Vieja, en el trienio 1994-1996.

Nuestro universo de trabajo lo constituyó el total de la población de ancianos del municipio en dicho período.

Con el fin de medir el nivel de la mortalidad se calcularon tasas trienales para las 10 primeras causas de muerte, por grupos quinquenales de edad hasta los 75 años y más, por no tener el municipio datos de población para grupos quinquenales a partir de esta edad y sexo.

La mortalidad también se analizó por un nuevo eje de agrupación de las causas de muerte, basado en los criterios de evitabilidad, trabajo que fue realizado por *Erika Taucher*, dirigido a determinar prioridades con la finalidad de evitar la muerte temprana y lograr la prolongación de la vida.^{4,5}

Como rubros importantes en este sentido, se presentan:

1. Defunciones evitables por vacunas y tratamiento preventivo.
2. Defunciones evitables por diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
3. Defunciones evitables por aplicación de medidas combinadas.

4. Defunciones evitables por aplicación de medios higiénicos, saneamiento del medio y educación sanitaria.
5. Defunciones difícilmente evitables de acuerdo con los conocimientos y el desarrollo tecnológico actual.
6. El resto de las defunciones.

Se agruparon las defunciones para cada uno de los grandes rubros expresados, se calcularon tasas trienales por grupos quinquenales de edad y sexo. La comparación entre ambos sexos se realizó además a través de las razones de tasa y las diferencias relativas.

Para el análisis de la mortalidad prematura se utilizó el indicador "años de vida perdidos", según Estándar (AVPES).⁴

Para la medición de la morbilidad se calcularon tasas trienales de incidencia, para las enfermedades de declaración obligatoria y tasas bienales de prevalencia para las enfermedades crónicas degenerativas, por sólo contar con información para 1995 y 1996. Se analizó la morbilidad por grupos de edad y sexo.

Resultados

El municipio Habana Vieja tiene una extensión territorial de 4,5 km², lo que representa el 0,6 % de la extensión de la provincia Ciudad de La Habana, por lo que es uno de los más pequeños. La población, de acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas es de 197 177 habitantes con una densidad poblacional de 23 817 habitantes por km². Esta representa el 4,9 % de la población de Ciudad de La Habana. En su estructura se constata que según la clasificación de las Naciones Unidas, se considera una población vieja pues el grupo de 65 años y más representa el 11,9 % de la población total.

Para el trienio 1994-1996 se obtuvo una tasa de mortalidad de 4 294,6 por 100 000 habitantes; esta cifra es elevada por ser el grupo 60 años y más el de mayor riesgo de morir si se compara con el resto de la población (Tabla 1). Su comportamiento por grupos quinquenales nos expresa que a medida que se eleva la edad, asciende este riesgo, y así destacamos la tasa de 75 años y más de $10\,227,6 \times 100\,000$ habitantes del resto de los grupos de edad.

Se observa un comportamiento diferencial por sexo, con una sobremortalidad masculina del 23 %. Esta sobremortalidad se mantiene para todos los grupos de edad y se incrementa con el aumento de ésta; para el grupo de 60-64 años el exceso de mortalidad masculina fue del 30,4 % y para el grupo de 75 años y más, alcanzó cifras del 120,3 %.

A las enfermedades crónicas degenerativas, corresponden los 4 primeros rubros de la mortalidad por causas en el municipio (Tabla 2), mientras que la quinta y sexta posición están ocupadas por entidades de etiología infecciosa, que corresponden a la mortalidad exógena, así como otros tipos de accidentes.

Se observa una sobremortalidad masculina para todas las causas de defunción,

excepto para las enfermedades cerebro-vasculares, los accidentes, diabetes mellitus y sicosis senil, donde las tasas son más elevadas en el sexo femenino. Cabe destacar el comportamiento de la diabetes mellitus que pasa a ocupar el 7mo. lugar desplazando a otras enfermedades respiratorias.

El orden de las principales causas de muerte identificadas con las tasas de mortalidad resultan diferentes al analizar las tasas de AVPES (Tabla 3). Las tres primeras causas de defunción, global y por sexos, son también las que presentan mayores valores de las tasas de mortalidad prematura, de ahí que las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebro-vasculares deben ser priorizadas, si se quiere prolongar la vida de los ancianos del municipio, pues además de ser las causas de mayor riesgo de defunción, son también las tasas donde existe mayor reserva de mortalidad.

Para el total de ancianos la influenza y neumonía y la diabetes mellitus (DM) ascendieron a la 4ta. y 5ta. posición. La primera con grandes brechas de mortalidad, si se tiene en cuenta que no sólo se están produciendo "a destiempo" sino que es una causa infecciosa de tipo exógeno y, como entidad nosológica, evitable también.

TABLA 1. Mortalidad en el anciano según edad y sexo. Municipio Habana Vieja. 1994-1996

Grupos de edad	Masculino Defunciones		Femenino Defunciones		Total Defunciones	
	Promedio	Tasa	Promedio	Tasa	Promedio	Tasa
60 - 64	39,7	1 877,3	26,0	1 006,6	65,7	1 398,4
65 - 69	58,3	2 946,1	42,3	1 611,5	100,7	2 185,1
70 - 74	72,3	4 657,7	53,0	2 453,7	125,3	3 375,5
75 y más	201,3	11 068,4	259,0	9 736,8	460,3	10 277,6
Total	371,6	4 969,9	380,3	3 792,0	751,3	4 294,6

Nota: Tasas por 100 000 habitantes.

TABLA 2. Principales causas de muerte en el anciano según sexo. Municipio Habana Vieja. 1994-1996

Causas	Masculino			Femenino			Total		
	Defunciones Promedio	Tasa	No.	Defunciones Promedio	Tasa	No.	Defunciones Promedio	Tasa	No.
Enfermedades del corazón	118,7	1 589,6	1	128,0	1 276,2	1	246,7	1 409,9	1
Tumores malignos	77,3	1 035,9	2	59,0	588,2	2	136,3	779,3	2
Enfermedades cerebrovasculares	28,0	375,1	3	41,3	412,1	3	69,3	396,3	3
Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares	26,3	352,8	4	29,0	289,1	4	55,3	316,3	4
Accidentes	15,0	200,9	7	25,3	252,6	5	40,3	230,5	5
Influenza y neumonía	20,3	272,4	5	18,7	186,1	6	39,0	222,9	6
Otras enfermedades respiratorias	17,3	232,2	6	10,0	99,7	8	27,3	156,2	7
Diabetes Mellitus	9,0	120,6	8	16,7	166,2	7	25,7	146,7	8
Psicosis senil	5,7	75,9	10	9,7	96,4	9	15,3	87,6	9
Cirrosis hepática	6,7	89,3	9	5,3	53,2	10	12,0	68,6	10
Otras causas	47,3	634,1		37,3	372,2		84,7	483,9	
Total	371,0	4 969,9		380,3	3 792,0		751,3	4 294,6	

Nota: Tasas por 100 000 habitantes.

TABLA 3. Tasa de AVPES para las 10 primeras causas de defunciones en subpoblación de 60 años y más por sexo. Municipio Habana Vieja. 1994-1996

Causas	Masculino			Femenino			Total		
	AVPES Prom.	Tasa	No.	AVPES Prom.	Tasa	No.	AVPES Prom.	Tasa	No.
Enfermedades del corazón	516,0	69,1	1	399,8	39,9	1	915,8	52,3	1
Tumores malignos	413,2	55,3	2	248,6	24,8	2	661,8	37,8	2
Enfermedades cerebro-vasculares	164,5	22,0	3	149,3	14,9	3	313,8	17,8	3
Influenza y neumonía	78,1	10,4	4	45,5	4,5	6	123,6	7,1	4
Diabetes Mellitus	37,2	4,9	9	83,2	8,3	4	120,4	6,8	5
Accidentes	53,3	7,1	7	55,2	5,5	5	108,5	6,2	6
Cirrosis hepática	61,5	8,2	5	28,7	2,7	8	90,2	5,1	7
Otras enfermedades respiratorias	48,9	6,5	8	36,9	3,7	7	85,8	4,9	8
Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares	57,9	7,7	6	26,7	2,6	9	84,6	4,8	9
Psicosis	13,8	1,8	10	20,3	2,0	10	43,1	1,9	10

Nota: Tasas por 1 000 habitantes.

La cirrosis hepática (CH) que ocupaba la 10ma. posición asciende a la 7ma., hecho que pensamos está muy vinculado con hábitos tóxicos como el alcoholismo.

Al analizar el comportamiento por sexo encontramos que en las mujeres la 4ta. y 5ta. posición en cuanto a mortalidad prematura, lo ocupan la DM y los accidentes. Y en los hombres estas posiciones están ocupadas por la influenza y neumonía y la CH.

Se aprecia en el análisis de la mortalidad según los Criterios de Evitabilidad que el grupo que aportó más defunciones fue el de "difícilmente evitables con los conocimientos y desarrollo tecnológico actual", con el 64 % y una tasa de 27,7 - 100 habitantes, superior a las de años anteriores en el municipio (Tabla 4).

Dentro de las defunciones evitables, los rubros defunciones por medidas com-

binadas y diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, fueron los que exhibieron mayores tasas en general y para ambos sexos, aunque con valores ligeramente superiores para el sexo masculino.

La mortalidad obtenida ha estado muy relacionada con los problemas de salud ocasionados por factores extrínsecos (acción del medio sobre las personas); se observa una frecuencia elevada en las consultas de enfermedades diarreicas agudas (EDA) y en las de infecciones respiratorias agudas (IRA), así como una tasa de incidencia mayor en el caso de herpes zoster, hepatitis A y tuberculosis pulmonar.

En relación con la prevalencia de las enfermedades no transmisibles sólo fue posible tener la información de los dos últimos años del trienio que analizamos en el municipio (Tabla 5).

TABLA 4. Mortalidad en el anciano según criterio de evitabilidad de defunción y sexo. Municipio Habana Vieja. 1994-1996

Defunciones evitables por:	Masculino			Femenino			Total		
	Defunciones Promedio	Tasa	%	Defunciones Promedio	Tasa	%	Defunciones Promedio	Tasa	%
Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno	49,0	6,6	13,0	43,7	4,4	12,0	92,7	5,3	12,0
Aplicación de medidas de higiene y educación sanitaria	5,0	0,7	1,0	4,0	0,4	1,0	9,0	0,5	1,0
Aplicación de medidas combinadas	50,0	6,7	14,0	54,0	5,4	14,0	104,0	5,9	14,0
SUBTOTAL DE EVITABLES	104,0	13,9	28,0	101,7	10,1	27,0	205,7	11,8	27,0
Defunciones evitables con conocimientos actuales	235,0	31,5	63,0	249,0	24,8	65,0	484,0	27,7	64,0
Resto	32,0	4,3	9,0	29,0	2,9	8,0	61,0	3,5	9,0
TOTAL	371,0	49,7	100,0	379,7	37,9	100,0	750,0	42,9	100,0

Nota: Tasas por 1 000 habitantes.

TABLA 5. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el anciano por sexo. Municipio Habana Vieja. 1994-1996

Enfermedades	Masculino		Femenino		Total	
	No. Promedio	Tasa	No. Promedio	Tasa	No. Promedio	Tasa
Hipertensión arterial	1 891,0	265,7	2 475,5	258,5	4 366,5	261,6
Diabetes Mellitus	658,5	92,5	1 258,0	131,4	1 916,5	114,8
Asma bronquial	446,5	62,7	596,0	62,2	1 042,5	62,4
Cardiopatía isquémica	750,0	105,4	942,5	98,4	1 692,5	101,4
Accidente vascular encefálico	203,5	28,6	261,5	27,3	465,0	27,9
Hipercolesterolemia	314,5	44,2	338,0	35,3	652,5	39,1

Nota: Tasa por 1000 habitantes

Discusión

La construcción de indicadores de salud es una de las formas más clásicas y tradicionales de establecer las estadísticas de mortalidad. Los indicadores de mortalidad, aún en la actualidad, son los más seguros y completos para medir la situación de salud, aunque en forma indirecta.

Si se conoce *cuándo, dónde, cómo y de qué mueren* los individuos, es posible deducir, con bastante aproximación *cuánto y cómo viven* y, a partir de ahí, cuál es su situación de salud.

Los riesgos de muerte son mayores en las edades extremas de la vida, cualquiera que sea el nivel de salud de una población. En áreas desarrolladas, el riesgo de muerte en edades por encima de los 60 años es muchas veces mayor que al inicio de la vida, y se incrementa con el aumento de la edad.

La mayor longevidad de las mujeres en comparación con los del sexo masculino es un fenómeno observado universalmente, algunos autores preconizan una ventaja biológica del sexo femenino, otros plantean que las mujeres tienen una menor exposición a riesgos de morir para muchas causas de defunción a lo largo de su vida.⁶

Al analizar la mortalidad por causas, debemos tener en cuenta que éstas pueden ser endógenas o exógenas. Las primeras se incrementan a medida que avanza la edad, y son generalmente mayores en zonas con elevado desarrollo socioeconómico y con una estructura de la población envejecida; mientras que las segundas, sobrevienen por numerosas agresiones externas como los accidentes, enfermedades de origen infeccioso, etc.

Aunque el orden varía de un país a otro, las cinco principales causas de defunción en el anciano en las regiones desarrolladas y en vías de desarrollo son: las cardiopatías, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades de las arterias, así como la influenza y neumonía.⁷

El hecho de que las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y la DM tengan una importancia relativa mayor en la mujer que en los hombres es un resultado de esperar.

Algunos autores plantean que factores de riesgo de particular importancia en la mujer como la obesidad (que es 2 ó 3 veces más frecuente en ella), la diabetes gravídica y la paridad están influyendo en este comportamiento.

En las enfermedades cerebrovasculares, el predominio del sexo femeni-

no coincide en la mayoría de los trabajos realizados, donde comprobamos que a pesar de la alta incidencia de las enfermedades cerebro-vasculares en el sexo masculino en las edades más jóvenes, se aprecia que el femenino tiene mayor riesgo de sufrir estas enfermedades a medida que avanza la edad, esto está demostrado en cohortes del estudio *Framingham* de riesgo de sufrir una ECV.^{8,9}

La edad y el sexo son factores de riesgo no modificables, algunos autores calculan que la mortalidad por ECV es de 2,5 a 3,5 veces mayor en cada decenio de la vida y si se tiene en cuenta que nuestra población envejece y aumenta la expectativa de vida, se desprende por tanto la importancia de controlar los factores de riesgo modificables que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cerebro-vascular como son: la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y DM.^{10,11}

Las mayores defunciones en las mujeres ocurrieron por caídas accidentales. Numerosas investigaciones han demostrado que las mujeres presentan una involución ósea a partir de los 35 años de edad y que del 35 al 50 % de las de 65 años y más, en algún momento de su vida sufren fracturas del extremo distal del antebrazo, de los cuerpos vertebrales y del cuello del fémur, o sea, las pruebas existentes indican que la masa ósea se reduce y que el número de fracturas aumentan con la edad, en los años posteriores a la menopausia^{8,11} por una disminución de los estrógenos y menor absorción del calcio.

La muerte es un fenómeno que tiene que ocurrir, por ello, lo que importa es a qué edad se muere y cuántos lo hacen prematuramente.

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) miden exactamente cuántos años se han perdido por las muertes prematuras. Diferentes países y organismos in-

ternacionales, consideran que este indicador es superior que el número y las tasas de muerte por determinada enfermedad, con el fin de establecer prioridades en Salud Pública y evaluar la efectividad de las medidas preventivas de los programas de salud, pues toda mortalidad prematura es evitable y potencialmente reducible.

De ahí la importancia de tomar medidas preventivas como es lograr una alimentación balanceada, incluso desde edades tempranas para disminuir la osteoporosis y la obesidad, combinándola con ejercicios físicos y estilos de vida sanos y eliminando el sedentarismo.

El ascenso tan marcado de la CH y el hecho de producirse precisamente en los hombres, nos alerta de la posibilidad de un incremento del alcoholismo de la población masculina, y no precisamente exclusiva a la de 60 años y más sino en hombres de edades más jóvenes, pues se sabe que el efecto nocivo del alcoholismo es a largo plazo. Es muy importante la labor del médico de la familia en cuanto al control de los factores de riesgo, el cambio de hábitos nocivos para la salud y otras medidas preventivas que son capaces de disminuirlas y prolongar la vida socialmente activa del ser humano; las acciones de salud encaminadas a la lucha contra estas causas de muerte son perfectamente posibles.

El análisis de la mortalidad resulta obligado realizarlo atendiendo a la clasificación de las causas de defunción según "criterios de evitabilidad" por las posibilidades reales que brinda para identificar "reservas de mortalidad", poder definir prioridades y evaluar el resultado de acciones y programas de salud.

En las causas evitables por medidas combinadas tenemos la neumonía, la CH y los accidentes, lo cual explica que sea el rubro de mayores niveles en sus tasas, pues estas causas tuvieron un peso importante

tanto en las defunciones como en la mortalidad prematura; y en la categoría de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, están algunos tipos de tumores malignos y la DM para algunos de los cuales existen programas y otros controles obligados (dispensarización).

Este resultado muestra que existen reservas de mortalidad para las causas antes mencionadas, en primer lugar, por ser causas evitables, como entidades nosológicas, además de ser también reducibles por presentar niveles considerables de mortalidad prematura.

Pero si tenemos en cuenta que en su más de la mitad de las defunciones en la categoría difícilmente evitables (donde se encuentran las tasas más elevadas de AVPES) está demostrado que pueden ser disminuidas las enfermedades crónicas diferentes como las cardiovasculares, los tumores malignos, los cerebro-vasculares, etcétera, por el control de los factores de riesgo, el cambio de hábitos nocivos para la salud y otras medidas, también en este grupo existen brechas de mortalidad que pueden ser explotadas y así prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de los ancianos en este territorio.

La información de morbilidad fue difícil de obtener, con excepción de las enfermedades transmisibles que son de declaración obligatoria y los datos de prevalencia de determinados problemas de salud crónicos dispensarizados.

En los países en vías de desarrollo las enfermedades diarreicas agudas constituyen un problema de salud; afectan con mayor frecuencia a las edades extremas de la vida y tienen una relación estrecha con el contexto donde viven, consideradas enfermedades asociadas a factores socioeconómicos.⁹

Se esperaba este comportamiento para las EDA y la hepatitis A, no sólo por los

factores intrínsecos del anciano que lo pueden hacer más susceptible a estos problemas, sino por las condiciones higiénico-sanitarias del municipio que son catalogadas de malas, donde predominan los microvertederos, con el consiguiente incremento de la proliferación de vectores y agua insuficiente en cantidad y calidad.

Las dificultades con la vivienda dadas por las malas condiciones estructurales, deficiente ventilación e iluminación, así como las condiciones de hacinamiento, han contribuido a aumentar las enfermedades respiratorias y otras, como la tuberculosis pulmonar y el herpes zoster.

Entre los problemas de salud que requieren atención se encuentra el intento suicida, relacionado con aspectos psicosociales, como es el aislamiento, producido por la dificultad de comunicación, que influye considerablemente en la pérdida de capacidades físicas y mentales de los ancianos y los lleva a decidir esta conducta autodestructiva.

Existen en la actualidad problemas de salud que están estrechamente vinculados con las enfermedades crónico-degenerativas, que no son causadas por un agente infeccioso específico. La dispensarización representa un elemento indispensable en su seguimiento y control.

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma bronquial, así como las cardiopatías isquémicas, son entidades clínicas que tienen factores de riesgo o condiciones comunes, que si se actúa sobre los niveles o planos de intervención correspondientes, se logra evitar complicaciones mayores que llevarían al individuo a la muerte.

Es poco todavía lo que la medicina puede hacer para prevenir la hipertensión y cada día los estudios refieren tasas elevadas a ella, como es el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada por el Instituto Nacional de Higiene y

Epidemiología en 1996, donde se reportan tasas elevadas para los grupos de edad avanzada, resultados que concuerdan con nuestro estudio.

Aunque la hipertensión arterial aumenta con la edad y está descrita que en la población de 65 a 75 años el 53 % son hipertensos, llegando al 80 % en los mayores de 80 años en los países desarrollados;² no podemos descartar que la presencia de factores psicológicos y de tensiones nerviosas mantenidas en la producción de la hipertensión y la influencia no favorable de condiciones de vida, pueden estar entre las posibles causas de este problema de salud entre los ancianos de La Habana Vieja, agravadas por la situación económica por la que atraviesa el país.

Por todo lo estudiado anteriormente, concluimos que se encontró un predominio de las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles y una sobremortalidad masculina para todas las causas de defunción excepto para las enfermedades cerebro-vasculares, diabetes mellitus y accidentes, donde los riesgos fueron mayores en las ancianas.

Existen reservas importantes de mortalidad en este grupo de población para ambos sexos, pues se encontró una mortalidad prematura importante para las 3 primeras causas de defunción. En el hombre además la influenza y neumonía y la cirrosis hepática también tiene reserva de mortalidad considerable y en las mujeres la diabetes y los accidentes.

Entre las causas evitables, los grupos "evitables por medidas combinadas" y "diagnóstico precoz y tratamiento oportuno", presentaron los mayores niveles de mortalidad y también las mayores pérdidas de vida prematura, reflejo, en parte, del comportamiento de las principales causas de defunción.

Las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus, enfermedades que sustentan parte del comportamiento de las principales causas de defunción.

Persisten en el territorio enfermedades infecciosas, que son en cierta medida el reflejo de las condiciones socioeconómicas e higiénico sanitarias del territorio.

SUMMARY: Changes occurred in the structured by ages of the population of the country and of the Havana Vieja municipality and the rise in the number of elderly and its natural proportion gave rise to a crosswise descriptive study carried out from 1994 to 1996 which allowed to find out the performance of morbidity and mortality of this age group. The level of mortality was determined by triennial rates and avoidability criteria whereas premature mortality was determined by standard-adjusted life years lost. The morbidity was analyzed from triennial rates of some diseases of compulsory notification and the classified non-communicable chronic diseases. The obtained results showed the prevalence of deaths caused by non-communicable diseases and an excessive male mortality for all diseases except for cerebro-vascular diseases, diabetes mellitus and accidents that accounted for a higher risk in older females. Premature mortality was significant in the three first causes of death, and also in influenza, pneumonia and liver cirrhosis for man and in diabetes mellitus and accidents for women.

Subject headings: **MORBIDITY; INFLUENZA/mortality; PNEUMONIA/ mortality; LIVER CIRRHOSIS/mortality; DIABETES MELLITUS/mortality; ACCIDENTS/mortality; ACED.**

Referencias Bibliográficas

1. Aplicación de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe del grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento/ Ginebra: OMS, 1984:24-5 (Serie de Informes Técnicos; No. 106).
2. Kevin K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Washington. OPS, 1994:120-3 (Publicación Científica, No. 546).
3. Rocabrundo Mederos J, Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, T1 1992:27-38.
4. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Ginebra: OMS, 1994:Pag 35-9.
5. Taucher E. Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. Santiago de Chile: CELADE 1978:15-6.
6. Condiciones de Vida en las Américas. Washington: OPS, 1990:54-6 (Publicación Científica, No. 524).
7. Mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. Washington: OPS, 1990:67-9.
8. Becker RA: Años de vida potencialmente perdidos. Brasil. V Congreso de Epidemiología 1980;5(5):20-2.
9. Álvarez MR. Morbilidad geriátrica y descripción gerontológica en atención primaria de salud en la vejez de Murcia. Rev. Iberoam Geriatr y Gerontol. 1992;8(5):54-8.
10. San Martín, H. Epidemiología, teoría, investigación y práctica. Madrid: Editorial. Díaz de Santos, 1986:38-9.
11. Gómez Castillo D, Zulaica Calvo B. La enfermedad como modo de expresión de ancianos/as. Apuntes desde la teoría de la comunicación y la medicina psicosomática. Rev Iberoam Geriatr y Gerontol. 1992;(5):74-5.

Recibido: 23 de septiembre de 1998. Aprobado: 31 de marzo de 1999.

Dra. Irene Perdomo Victoria. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba.