

## Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores

### Barriers perceived by older adults in the community and health services

Tamara Rodríguez Quintana,<sup>I</sup> Justo Reinaldo Fabelo Roche,<sup>II</sup> Serguei Iglesias Moré<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Universidad Técnica de Loja. Ecuador.

<sup>II</sup> Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** Cuba, en la actualidad, se ubica entre los más envejecidos poblacionalmente de América Latina y el Caribe.

**Objetivo:** Identificar las barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por adultos mayores.

**Métodos:** Investigación de tipo cualitativo-descriptivo realizada en el área de salud del Policlínico Wilfredo Santana, en el municipio Habana del Este. Participaron 526 sujetos con quienes se organizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas, dirigidas a los adultos mayores, médicos, líderes formales y expertos. La información obtenida se sometió a un análisis de contenido temático.

**Resultados:** Las categorías, conceptos y proposiciones permitieron identificar barreras para la vida cotidiana de los adultos mayores estudiados mientras que los médicos y líderes de la comunidad expresaron dificultades técnicas y laborales.

**Conclusiones:** Los adultos mayores estudiados percibieron barreras como la inestabilidad en los servicios en la atención primaria de salud, dificultades para el acceso a los servicios públicos o su ausencia en la comunidad y otros aspectos como la no adecuación de los diseños arquitectónicos a las características de la ancianidad, las limitadas opciones recreativas, las afectaciones económicas y la indisciplina social en general. Los médicos y líderes de la comunidad identificaron como barreras la sobrecarga y el exceso de trabajo burocrático y la falta de preparación específica para la atención de este grupo poblacional.

**Palabras clave:** Adultos mayores; barreras percibidas; servicios comunitarios y de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cuba is currently one of the oldest nations in Latin America and the Caribbean.

**Objective:** To determine the barriers perceived by older adults in the community and health services.

**Methods:** Qualitative-descriptive research study conducted in "Wilfredo Santana" polyclinics located in Habana del Este municipality. The participants amounted to 526 who were organized in focal groups and semi-structured interviews were made to older adults, physicians, formal community leaders and experts. The collected information was subjected to a thematic content analysis.

**Results:** The different categories, concepts and suggestions allowed identifying the barriers to the daily life of the studied older adults whereas physicians and community leaders stated the existing technical and working difficulties.

**Conclusions:** The studied older adults perceive barriers such as unstable primary health care services; difficulties to get access to public services or their absence within the community; the inadequate architectural designs for the elderly characteristics, limited recreational options, economic problems and social indiscipline in general. The physicians and the community leaders consider overload and excessive red tape as well as lack of specific preparation to take care of this population sector as perceived barriers.

**Keywords:** Older adults; perceived barriers; community and health services.

---

## INTRODUCCIÓN

En este nuevo siglo, además del crecimiento de la población, hay otros temas demográficos que están adquiriendo importancia política, económica y social. El envejecimiento de la población es uno de ellos, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países y por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura y comercio, entre otros).

La proporción de este envejecimiento es tal que de 200 millones de personas mayores de 60 años que había en el mundo en 1950, alcanzó la cifra de 307 millones en el 1970 y ya eran casi 580 millones en el 2000. Es decir, el número de ancianos aumenta en el 90 % mientras que la población mundial lo hace en el 70 %.<sup>1</sup>

En la región de América Latina y el Caribe, debido a la transición demográfica, el envejecimiento es paulatino, pero inexorable. Se trata de un proceso generalizado para todos los países del área; aunque con niveles variables.<sup>2</sup>

Cuba se ubica, en los momentos actuales, entre los países más envejecidos poblacionalmente de América Latina y el Caribe, con un índice de envejecimiento de 18,7 %<sup>3</sup> y según proyecciones demográficas, se estima que en el año 2025 alcance el 24 %, lo que nos coloca en lugar cimero en comparación con el resto de los países latinoamericanos.<sup>4,5</sup>

La anterior evolución se inscribe en una transición demográfica prácticamente concluida, en donde la fecundidad como principal variable actuante en el crecimiento poblacional, se mantiene por debajo del nivel de reemplazo desde 1978 y así se proyecta su comportamiento perspectivo.<sup>6</sup>

La mortalidad también es muy baja y los valores de mortalidad infantil y esperanza de vida se registran como los más destacados del continente.<sup>4,5</sup>

El proceso de envejecimiento de la población en la provincia La Habana le permite ubicarse en el segundo lugar en el país; en el 2012 el 19,9 % de la población contaba con más de 60 años, precedida solamente de la provincia Villa Clara, con 21,9 % de su población conformada por adultos mayores.<sup>3</sup>

El fenómeno del envejecimiento en el municipio Habana del Este se manifiesta en ascenso, los índices eran inferiores al 14 % antes del 2000, desde entonces han aumentado llegando hasta 16,9 % en el 2008; a 18,8 % en 2009; 20,6 en 2012 y 21,2 % en el 2013, lo que, según el índice de Rosset, clasifica como una población con vejez demográfica para este municipio.<sup>7</sup>

La población total del área de salud "Wilfredo Santana Rivas" es de 24 516 habitantes. De ellos 5 784 son mayores de 60 años, lo que representa un índice de envejecimiento del 23,3 %, el 2do. más alto del municipio.

Este fenómeno demográfico no necesariamente supone un panorama negativo. El mayor envejecimiento de la población es un logro de la humanidad y las personas mayores pueden y deben convertirse en una fuerza para el desarrollo, pero al igual que cualquier otro grupo poblacional requieren de intervenciones específicas que garanticen, especialmente a aquellos más vulnerables, una vida digna y segura.

El reto que ello presupone para la sociedad cubana y su desarrollo, demanda atenciones prioritizadas, políticas y programas, muchos de los cuales se han implantado, pero otros tendrán que llevarse a cabo en los próximos años.<sup>8,9</sup>

Se conocen los problemas que las sociedades que están envejeciendo deben afrontar. Éstos consisten primordialmente en el incremento de la demanda para los servicios y cuidados de salud asociados con el crecimiento de una población con predominio más alto de limitaciones funcionales, y mayores cargas para las familias entre otros aspectos.<sup>2,10</sup>

Para enfrentar los problemas del envejecimiento poblacional es necesario tener en cuenta el papel desempeñado por la familia, la cual es un componente importante en la estructura de la sociedad que funciona de manera sistémica como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen.<sup>11</sup>

La sociedad, la comunidad y la familia no están suficientemente preparadas para enfrentar el incremento de la población mayor de 60 años en el territorio. Consecuentemente resulta de gran interés para todos aquellos sectores implicados en la salud y el bienestar de los adultos mayores trabajar para de manera conjunta enfrentar este fenómeno. Conocer la repercusión social y económica del mismo resulta de vital importancia.<sup>12</sup>

Por la experiencia de trabajo acumulada en esta área de salud, consideramos que el envejecimiento poblacional está produciendo un fuerte impacto a nivel familiar y social y es cada vez más evidente que aún no están preparadas las condiciones que den respuestas a las demandas y necesidades de este grupo de edad.

---

Por lo antes expuesto, nos propusimos identificar las barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por adultos mayores.

## MÉTODOS

Este trabajo de investigación se realizó en base a un diseño cualitativo-descriptivo en el que se incluyeron entrevistas semiestructuradas dirigidas a adultos mayores y grupos focales en los que participaron médicos, líderes formales y expertos del área de salud del policlínico "Wilfredo Santana Rivas," perteneciente al Consejo Popular Antonio Guiterras en el municipio Habana del Este

Para el estudio de los adultos mayores se entrevistaron 526 sujetos procedentes de los 18 consultorios médicos de la familia de la referida área de salud seleccionados a partir de un muestreo aleatorio estratificado. Se puntualizó acerca de aspectos tales como la edad, escolaridad, pareja, ocupación, estado de salud y presencia de discapacidades. Además se exploró si convivían con familiares, características de la vivienda, ingreso per cápita y adicional, entre otros. En este último aspecto se puntualizó acerca de lo que invierten en alimentos y transporte, los beneficios de la seguridad social y otras alternativas sociales a las que se encuentran vinculados.

Además se realizaron tres grupos focales en los que participaron médicos, líderes formales y expertos del área de salud. Los dos primeros grupos focales se centraron en aspectos tales como el funcionamiento de los consultorios del médico y enfermera de la familia y otros servicios de salud que se brindan en el área, las limitaciones que enfrentan hoy los adultos mayores y sus familias para satisfacer las necesidades sociales y de servicios de salud de este grupo de edad y las sugerencias para mejorar los programas que hoy existen para la atención del adulto mayor en la localidad. En el tercer grupo focal se expusieron las opiniones que tienen sobre la atención médica que se les brinda a los adultos mayores de sus consultorios, la preparación para enfrentar el fenómeno del envejecimiento desde el punto de vista médico y el conocimiento acerca de los servicios que brinda la asistencia social a los adultos mayores necesitados.

## RESULTADOS

A partir del análisis de contenido de la información recopilada, se conformaron categorías, conceptos y proposiciones que permitieron identificar las barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud para los adultos mayores.

Los adultos mayores estudiados se caracterizaron por ser predominantemente mujeres entre 60 y 69 años de edad. Prevalcieron los que vivían en pareja, que presentaban nivel escolar secundario o preuniversitario y estaban jubilados. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la artrosis fueron predominantes en los dos sexos. El sexo masculino fue el más afectado por la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, mientras que la diabetes mellitus, la artrosis y el asma bronquial afectaba más al femenino. Aunque la discapacidad no caracterizó mayoritariamente a los adultos mayores, se presentó a expensas de las mujeres, siendo la de tipo-motora y la visual las más frecuentes.

El contexto familiar se caracterizó por la presencia de familias nucleares y extensas. Las condiciones estructurales de las viviendas fueron buenas en la mayoría de los sujetos estudiados. Prevalcieron las dificultades económicas y los bajos beneficios recibidos de la asistencia social, mientras que los gastos por demandas adicionales fundamentalmente por productos alimenticios, medicamentos y productos de aseo fueron generalmente altos con un ingreso per cápita de la familia insuficiente.

Los adultos mayores estudiados percibieron barreras para la vida cotidiana como la inestabilidad en los servicios de salud en la atención primaria de salud, las dificultades para el acceso a los servicios públicos o su ausencia en la comunidad y otros aspectos como la no adecuación de los diseños arquitectónicos a las características de la ancianidad, las limitadas opciones recreativas, las afectaciones económicas y la indisciplina social en general.

Los médicos, líderes formales y expertos del área de salud percibieron las mismas barreras que los adultos mayores y otras como la poca realización de la actividad de terrenos, la sobrecarga de los médicos, el exceso de trabajo burocrático y la falta de preparación específica para la atención de este grupo poblacional, criterios que se reiteraron, lo que sugiere que se deben tomar medidas por el sector de la salud para modificar la situación enunciada en aras de optimizar el recurso humano y mejorar la atención brindada a este grupo de edad.

La valoración de la información extraída de los grupos focales permitió identificar tanto la satisfacción de necesidades como las barreras percibidas por los sujetos estudiados. Como satisfacción fue declarada por la mayoría de los integrantes de la muestra el apoyo y solidaridad que reciben en los contextos familiar y comunitario. Igualmente la existencia de espacios para la realización de ejercicios físicos, el entrenamiento en habilidades instrumentales y otras actividades relacionadas con la universidad del adulto mayor, fueron consideradas como fortalezas que indudablemente atenúan la significación de las limitaciones físicas o motoras presentes. También reconocen la atención prestada en los servicios de estomatología, rehabilitación física, la variedad de consultas externas ofrecidas y el módulo de calidad de vida, que si bien existen algunas dificultades es una oportunidad para ellos.

## DISCUSIÓN

Los adultos mayores estudiados identificaron como principal barrera percibida la inestabilidad en los servicios de salud en la atención primaria de salud. En este sentido expresaron preocupación por los cambios frecuentes de médicos y enfermeras de familia debido a su incorporación a otras funciones. También consideraron como de impacto negativo la desaparición de servicios que consideran imprescindibles debido a la reorganización de los servicios de salud. Estos hallazgos se consideran de especial relevancia para un grupo poblacional en que se manifiestan niveles de morbilidad y discapacidad importantes. Por otra parte, los médicos y líderes de la comunidad identificaron como principal barrera percibida la sobrecarga, lo que de igual manera se relacionan con la creciente demanda de atención por parte de un grupo poblacional debido a su elevada tasa de morbilidad y a la aparición de discapacidades.

Entre los adultos mayores estudiados las enfermedades crónicas y degenerativas de mayor prevalencia fueron la hipertensión arterial (44,95 %), seguida de la diabetes mellitus (24 %) y la artrosis (23,4 %). A continuación se ubicaron la cardiopatía isquémica (17,33 %) y en último lugar el asma bronquial (11,61 %). Estas enfermedades predominaron en las pacientes del sexo femenino. Otras enfermedades y condiciones presentes en los sujetos del estudio, con porcentajes minoritarios fueron la enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, epilepsia, úlcera péptica, tumores malignos, postrados y fractura de cadera.

Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, pero las estadísticas refieren que este grupo, en edades avanzadas, presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad. Independientemente de que esto pueda atribuirse a que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud, también se ha documentado que factores de alto riesgo en salud reproductiva tales como un parto antes de los 18 años o alta paridad se van a reflejar en su situación de salud en la última etapa de la vida.<sup>13</sup>

Este comportamiento no resulta extraño si se tiene en cuenta que la salud de las personas suele deteriorarse en la medida que aumenta la edad, lo que se traduce en un incremento de la demanda de atención de largo plazo a medida que aumenta el número de las personas de más edad.<sup>14</sup>

También es conocido que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos por lo que las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, y aumenta significativamente en la población de 75 años y más.<sup>15</sup>

Por otra parte, en trabajos realizados por otros autores, se expone que desde el punto de vista epidemiológico, hay un predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, que acompañarán al paciente por el resto de sus vidas.<sup>16</sup>

Existen referencias de que con el incremento de la expectativa de vida y el consecuente aumento de la proporción de personas de 60 años y más, se eleva el porcentaje de la población que padece de enfermedades crónicas no transmisibles, las que representan las primeras causas de muerte en los países desarrollados y en Cuba, donde se ha encontrado, en encuestas realizadas, que los adultos mayores padecen al menos de una enfermedad crónica (aproximadamente el 69,6 %), así como su problema de salud de mayor importancia, en ellas se halla el origen de la mayor parte de las discapacidades que padecen nuestros ancianos.<sup>17</sup>

En los adultos mayores un problema serio lo constituye la coexistencia de múltiples enfermedades agudas o crónicas que condicionan el modo de enfermar en el paciente geriátrico. En los mayores, lo habitual es la presencia de varios procesos conjuntos ya que la existencia de una enfermedad predispone a la aparición de otras. Hay autores que identifican entre 4 y 5 enfermedades de promedio por anciano.<sup>16</sup>

En la bibliografía consultada se plantea que la hipertensión constituye un relevante factor de riesgo cardiovascular y se hace más preocupante debido a que tiende a aumentar con la edad, asociada a otros componentes epidemiológicos en los ancianos y a la pluripatología.<sup>18</sup> Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo, a pesar de que las cifras se han estabilizado en los últimos años gracias a la mejora en el diagnóstico y en el control de la hipertensión arterial, que está estrechamente relacionada con las primeras. De hecho, la hipertensión causa más de un tercio de las muertes cardiovasculares y se estima

que solo con un adecuado control de la hipertensión se lograría reducir en 40 % la incidencia del ictus.<sup>19</sup>

El antecedente de hipertensión arterial está también presente en nueve de cada diez cardiopatías isquémicas y en nueve de cada diez casos de insuficiencia cardiaca, y se estima que en los próximos años la cifra de hipertensos aumentará como consecuencia del ritmo de vida actual en los países desarrollados.<sup>20</sup>

Otros autores publican que los cambios cardiovasculares en relación con la edad como la rigidez del árbol arteriolar presente con o sin contribución de la aterosclerosis reduce la compliancia arterial, o sea, las arterias tienden a perder su elasticidad, lo cual aumenta la resistencia al flujo sanguíneo; por consiguiente, un aumento de la tensión arterial.<sup>21</sup>

En este contexto, es bueno recordar la importancia de la concienciación del ciudadano del valor de tomar decisiones responsables en la gestión de su salud y contribuir a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios; no en vano, nuevas evidencias científicas ponen de relieve que un diagnóstico y control precoz de la enfermedad es tanto o más importante que conseguir grandes reducciones de presión arterial.

Se señala, que la enfermedad crónica en los ancianos, resulta de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones, y pone a prueba tanto al enfermo, como a la familia y a los recursos sanitarios. Algunas de estas enfermedades se convierten en invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado, interfieren con las actividades cotidianas del anciano y los conduce a la no realización de estas. Las enfermedades degenerativas del sistema osteomioarticular y algunas del sistema nervioso central, las que más dificultan el desempeño de los individuos de la tercera edad.<sup>22</sup>

El 21,9 % de los adultos mayores estudiados reconocieron presentar diferentes discapacidades entre las que predominaron las físico motoras, las visuales, la auditiva, la mixta y la mental. Como es conocido con la edad también se incrementan las discapacidades físicas y mentales.<sup>14,15</sup>

Numerosos estudios realizados en Cuba han permitido estimar la prevalencia de las discapacidades físicas y mentales en la tercera edad utilizando instrumentos específicos para determinarla. *Tello Velásquez*,<sup>23</sup> *Díaz Garrido*<sup>24</sup> y otros encuentran una prevalencia de la discapacidad física de 36,6 y 44,5 % respectivamente. *Bayarre*,<sup>25</sup> *Brenes Hernández*<sup>26</sup> y otros registran prevalencias de discapacidad física de 24,9 y 26,1 % respectivamente, porcentajes inferiores a los anteriores.

Referente a la discapacidad mental se debe tener en cuenta que el estado mental es determinante para la independencia del anciano; y de igual modo está asociado a la reducción de la capacidad funcional por lo que, los ancianos con alteraciones mentales pueden llegar a estar gravemente discapacitados. Es de suponer la declinación de las capacidades mentales con la edad, debido a que el envejecimiento provoca deterioro biológico y funcional en el individuo.<sup>27</sup>

El sexo femenino, en nuestra investigación, presenta una prevalencia de discapacidad mental mayor que el sexo masculino, semejante a otras poblaciones de adultos mayores estudiadas en otros trabajos. Aunque algunos autores consideran que, en realidad no se conocen las causas de las diferencias entre sexos, plantean que la disminución de los niveles de estrógeno que ocurre en la posmenopausia, puede incrementar el deterioro cognitivo, pues estos suelen tener un papel protector, mientras que en el sexo masculino existen bajos niveles de

estrógenos durante toda la vida. Sin embargo, los resultados son controversiales ya que otros trabajos han encontrado mayor incidencia de deterioro cognitivo en hombre.<sup>28</sup>

Otras afirmaciones parecen ser más fiables al involucrar factores sociales. Se plantea que la mujer se ha dedicado a las labores domésticas y al rol reproductivo, sin tener posibilidad de desarrollar trabajos intelectuales que demanden de razonamiento lógico. Todo eso pudiera estar contribuyendo a que la anciana sea más vulnerable al deterioro mental.<sup>29</sup>

Inferimos que la prevalencia de discapacidad en la población estudiada pudiera ser mayor si se le aplicara algún instrumento diseñado para este fin. Por otra parte, no se debe olvidar que las limitaciones visuales, auditivas o motoras y aquellas de tipo intelectual reducen la autonomía e independencia del adulto mayor,<sup>30</sup> razones por las cuales la autora considera que estos aspectos se deben tener en cuenta por el sector de la salud y otros organismos estatales en la planificación y ubicación de los diferentes servicios de salud y sociales de los cuales hace uso este grupo poblacional, para de esta manera prevenir accidentes y mejorar el grado de satisfacción de este segmento poblacional.

También se debe tener en cuenta que las discapacidades tienen cada vez mayores implicaciones desde el punto de vista sanitario y social y suponen una fuente de problemas a la hora de asegurar los cuidados del anciano cuando se sobrepasa la capacidad familiar, así como en su prevención e intervención sobre la misma para que la dependencia sea la estrictamente inevitable.

La situación identificada en cuanto a morbilidad y discapacidad justifica tanto que se hayan identificado como barreras percibidas la inestabilidad de los servicios como las dificultades para el acceso a otros servicios públicos o su ausencia en la comunidad, la poca realización de terrenos y otros aspectos puntuales como las barreras arquitectónicas, las limitadas opciones recreativas, las afectaciones económicas y la indisciplina social en general.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population division. World Popul Ageing. 2013: 3-29.
2. Arango D C, Peláez E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. Salud Uninorte. 2012; 28(2): 335-48.
3. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Capítulo I. Población. Anuario demográfico de Cuba. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2013. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario\\_2013/7\\_capitulo\\_I.pdf](http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario_2013/7_capitulo_I.pdf)

4. CEPAL. Serie Población y desarrollo. No. 106. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo: Avances en América Latina. 2009-2011. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas; 2012. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7141/S1200566\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7141/S1200566_es.pdf?sequence=1)
5. CEPAL. Serie Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe, Proyecciones de la población 2013. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas; 2014. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36854/S1420023\\_mu.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36854/S1420023_mu.pdf?sequence=1)
6. Vega Hernández M. Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(2):190-200. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200004&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200004&lng=en)
7. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Estadístico de La Habana del Este 2013. Edición 2014. LA Habana: Oficina; 2014. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: <http://www.one.cu/aed2013/23La%20Habana/Municipios/06%20La%20Habana%20del%20Este/Index.htm>
8. Collazo Ramos MI, Calero Ricardo JL, Rodríguez Cabrera AL. Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(2):155-9. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es)
9. Bello Sánchez W. Vulnerabilidad socio-demográfica de las personas de la tercera edad. Estudio de caso, centro histórico de La Habana. Cuad Geográf Norteamérica. 2013;52. Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/930>
10. Zunzunegui MV, Béland F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. Gacet Sanit. 2010;24:68-73.
11. Sander M, Oxlund B, Jespersen A, Krasnik A, Mortense EL, Westendorp RG, et al. The challenges of human population ageing. Age Ageing. 2015;44(2):185-7.
12. Jin K, Simpkins JW, Ji X, Leis M, Stambler I. The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population. Aging Dis. 2015;6(1):1-5.
13. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5):327-34.
14. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012; 380:2095-128.

15. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010 a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380:2224-60.
16. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(4): 288-94.
17. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(1). Acceso: 20 Mar 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es)
18. Robles NR, Macias JF. Hypertension in the elderly. *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem*. 2015; 12(3): 136-45.
19. Sherzai AZ, Elkind MS. Advances in stroke prevention. *Ann N Y Acad Sci*. 2015; 1338(1): 1-15.
20. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. *Rev chilena cardiol*. 2010; 29(1): 117-44.
21. AlGhatrif M, Lakatta EG. The conundrum of arterial stiffness, elevated blood pressure, and aging. *Curr Hypertens Rep*. 2015; 17(2): 12.
22. Ash AS, Kroll-Desrosiers AR, Hoaglin DC, Christensen K, Fang H, Perls TT. Are Members of Long-Lived Families Healthier Than Their Equally Long-Lived Peers? Evidence From the Long Life Family Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015; 70(8): 971-76. Acceso: 15 Mar 2015. Disponible en: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/70/8/971>
23. Tello Velázquez J, Bayarre Veá H, Hernández Pérez YM. Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo" 1999. *Rev Cubana Salud Pública*. 2001; 27(1): 19-25. Acceso: 12 Oct 2016. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100003&lng=es)
24. Díaz Garrido D, Bayarre Veá H, Lazo Álvarez MA, Menéndez Jiménez J, Pérez Piñero JS, Tamargo Barbeito T. Prevalencia de discapacidad física en ancianos de la provincia Granma. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23(2). Acceso: 21 Mar 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttexttp&pid=S0864-21252007000200009&lng=es>
25. Bayarre Veá H, Fernández Frente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa. 1996 (Parte I) *Rev Cubana Salud Pública*. 1999; 25 (1): 16-29. Acceso: 12 Oct 2016. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661999000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100003&lng=es)
26. Brenes Hernández L, Menéndez Jiménez J, Guevara González A. Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana. *GEROINFO*. 2006; 2(2): 1-24.

27. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Llibre Rodriguez JJ, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*. 2012;380(9836):50-8.
28. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, et al. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: the Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology*. 2012;78(5):342-51.
29. Ruitenberg A, Ott A, van Swieten JC, Hofman A. Incidence of dementia: does gender make a difference?. *Neurobiology Aging*. 2001;22(4):575-80.
30. Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Atención Prim*. 2010;42(10):520-7.

Recibido: 12 de agosto de 2016.

Aceptado: 4 de noviembre de 2016.

*Justo Reinaldo Fabelo Roche*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.  
Correo electrónico: [fabelo@infomed.sld.cu](mailto:fabelo@infomed.sld.cu)