

Características y estado de salud de los colaboradores mayores de 60 años de la misión médica cubana en Venezuela

Characteristics and health conditions of collaborators of the Cuban Medical Mission in Venezuela aged 60 years and older

MSc. Abel Hidalgo Prieto^I; MSc. Alina María Segredo Pérez^{II}; Dr.C. Eugenio Radamés Borroto Cruz^{III}; MSc. Xiomara Martín Linares^{II}

^I Unidad Central de Colaboración Médica. MINSAP. La Habana, Cuba.

^{II} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III} Centro de Desarrollo Académico en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento es una experiencia universal y personal. Los hombres y las mujeres de 60 años o más son la población de más rápido crecimiento en el mundo.

Objetivo: describir las características y estado de salud de los colaboradores mayores de 60 años de la misión médica cubana en Venezuela, en el período 2003-2011.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva a los 544 cooperantes, que constituyeron el universo de estudio. La fuente de información fundamental fue la base de datos de la Unidad Central de Cooperación Médica. Fueron estudiadas las variables edad, sexo, profesión, desempeño laboral, antecedentes patológicos personales y demanda de asistencia médica.

Resultados: el 56,3 % fueron del sexo femenino, predominó el grupo de edad de 60 a 64 años (76,1%), el 57,5 % se encontraban en la categoría ocupacional profesional, y dentro de ella, los profesionales de enfermería con un 32,7 %. El 69,7 % de los colaboradores refirieron antecedentes patológicos personales, donde la hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más frecuente. El 58,3 % de los colaboradores demandaron asistencia médica durante la misión.

Conclusiones: en los adultos mayores que cumplieron misión en la República Bolivariana de Venezuela predominó el sexo femenino, el grupo de edad de 60 a 64 años y la categoría ocupacional profesional, vinculados fundamentalmente a la actividad asistencial. La mayoría de los colaboradores padecían de alguna enfermedad

crónica, siendo la más frecuente la hipertensión arterial, y más de la mitad demandaron asistencia médica durante la misión.

Palabras clave: adulto mayor, colaboración médica, colaboradores.

ABSTRACT

Background: aging is a universal and personal experience. 60 years or older men and women are the fastest growing population in the world.

Objective: to describe the characteristics and health conditions of older than 60 years collaborators of the Cuban Medical Mission in Venezuela during the 2003-2011 period.

Methods: a descriptive research was made to the 544 cooperatives that composed the universe of the study. The main source of information was the database of the Central Unit of Medical Cooperation. Variables such as age, sex, profession, work performance, personal pathological antecedents, and need of medical assistance were studied.

Results: the 56,3 % were female, the predominant age group was the 60-64 (76,1 %), the 57,5 % were in the professional occupational category and within it, the Nursing professionals with a 32,7 %. The 69,7 % of collaborators reported personal pathological antecedents, where hypertension was the most frequent chronic disease. The 58,3 % of collaborators needed medical assistance during the mission.

Conclusions: the female sex, the age group 60-64 and the professional occupational category, mainly related to the health care activity, predominated in older adults who accomplished mission in The Bolivarian Republic of Venezuela. Most of the collaborators suffered from any chronic disease, being hypertension the most frequent one and more than a half needed medical assistance during the mission.

Key words: older adults, medical collaboration, collaborators.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una experiencia universal y personal. Los hombres y las mujeres de 60 años o más que viven en América Latina y el Caribe (ALAC) son la población de más rápido crecimiento en el mundo. Según la ONU, la cifra de personas mayores en la región se elevará a más del doble entre el 2000 y el 2025, aumentando del 8 al 14 % del total de la población. Sus necesidades de salud específicas están aumentando, así como la demanda de proveedores de servicios médicos que los comprendan.¹

El envejecimiento individual es un fenómeno que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. Sin embargo, durante el presente siglo se observa un comportamiento singular: muchas personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas, de forma tal que esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un evento

tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas, con las consecuencias que de ello se derivan.²

Las personas adultas mayores son el grupo poblacional de más rápido crecimiento en ALAC. Mientras la población en general crece un 1,5 %, la población mayor de sesenta años crece en un 3,5 %. Según estadísticas de la OMS en el 2006 existían 50 millones de adultos mayores, pero en el 2025 serán 100 millones y en el 2050 aproximadamente 200 millones.

La esperanza de vida al nacer de la región de las Américas excede los 70 años, se estima un aumento en 17 años en los últimos 25 años. El 75 % de las personas que nacen hoy en la región de ALAC serán adultos mayores y un 40 % sobrepasarán los 80 años de vida.³⁻⁵

La tendencia para el año 2025 en Cuba es de casi un cuarto de nuestra población con sesenta años o más, por lo que seremos el país más envejecido de América Latina; 25 años después, en el 2050, ya solo no será el país más envejecido de Latinoamérica, sino uno de los más envejecidos del mundo.⁶

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en condiciones de mantenerse libre de discapacidad, una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. En comparación con los jóvenes, las personas de edad sufren proporcionalmente más enfermedades crónicas y utilizan más los servicios sociales y de salud; pero la proporción en que lo hacen resulta afectada más que en cualquier otro grupo, por la discapacidad, la cual puede representar entre 20 y 30 % de las personas mayores de 85 años.⁷

El reto de la Salud Pública como disciplina en estos momentos para afrontar los cambios, es abordar sus determinantes a través de mecanismos de acciones globales que involucren nuevos actores y creen alianzas. Los países de la región de las Américas no pueden enfrentar este desafío con acciones nacionales, por ello se impone una relación entre la salud y las relaciones internacionales. La contribución equitativa entre países, a través del intercambio, sería una solución para enfrentar el problema de salud en países más pobres, siempre y cuando estas relaciones se establezcan sobre la base del respeto y respondan a las prioridades y necesidades de los más desposeídos.

Por esta razón la cooperación internacional en nuestro país, se concibe como un principio de política exterior y establece relaciones que persiguen un beneficio mutuo, una opción para dar respuesta a las dificultades comunes que presentan los países en vías de desarrollo ante el grave peligro y la amenaza que representa la globalización neoliberal, modelo económico que desde la década de los 90 se propuso para enriquecer más a los países desarrollados y someter a los países en vías de desarrollo. De esta manera se afecta no sólo su economía, sino las esferas políticas, sociales, culturales, ambientales y por supuesto repercuten sobre la salud, lo que hace que sean más dependientes de estas "cooperaciones".

La cooperación internacional cubana se encuentra en correspondencia con las estrategias de cooperación mundial, lideradas por la ONU.⁸⁻¹⁰

En Venezuela también los cooperantes cubanos han escrito heroicas páginas en el tema salud desde el año 1998. El 16 de abril del 2003 se inició en la hermana República Bolivariana de Venezuela la misión barrio adentro como parte de las nuevas transformaciones políticas y sociales que allí se producían. Esta cooperación se encuentra formando parte del proceso integracionista que vive hoy el continente

americano a través de la Alianza Bolivariana para las Américas (ALBA) y que tiene como meta común, impulsar el desarrollo económico y social de sus miembros, del cual son parte Venezuela y Cuba.^{11,12}

Los colaboradores cubanos que forman parte de estos servicios en Venezuela se caracterizan por su heterogeneidad, provienen de todas las provincias del país y diferentes grupos de edades, desde los más jóvenes, hasta los adultos mayores.¹³⁻¹⁴

Teniendo en cuenta lo antes planteado, queremos precisar las condiciones que limitan o favorecen al grupo de cooperantes con 60 años y más, para cumplir satisfactoriamente su trabajo en condiciones excepcionales. Por ello nos trazamos como objetivo describir las características y estado de salud de los colaboradores mayores de 60 años de la misión médica cubana en Venezuela, en el período 2003-2011.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, al 100 % de los cooperantes de la Salud que con sesenta años o más de edad cumplieron misión en la República Bolivariana de Venezuela, en el período comprendido entre el 2003 al 2011. El universo del estudio estuvo constituido por 544 cooperantes.

Se realizó el análisis de la base de datos de la Unidad Central de Cooperación Médica, lo cual permitió la obtención de datos generales de cada uno de los cooperantes que causó fin de misión en el período estudiado, mediante una guía de revisión documental.

Se estudiaron las variables siguientes: edad, sexo, categoría ocupacional, profesión, dedicación en la misión según desempeño laboral, antecedentes patológicos personales y demanda de asistencia médica.

La información recogida fue analizada y se expusieron sus resultados en tablas, utilizando como medida resumen las frecuencias absolutas y relativas.

Se tuvo presente el consentimiento informado a los directivos. De igual forma se explicó que dicha información sólo sería utilizada con fines científicos, todo lo cual garantizó el necesario cumplimiento de los requerimientos éticos en la realización de este trabajo.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra el total de colaboradores mayores de 60 años que cumplieron misión en el período estudiado. Fue mayoría el grupo de edad de 60-64 años con un 76,1 %, lo que resultó inferior en los grupos mayores de 70 años, donde el de más baja representatividad fue el de 75-79 años con un 6,0 %.

En relación con la distribución de los colaboradores según grupos de edad y categoría ocupacional (tabla 2), se puede observar que la categoría ocupacional que predominó fue la profesional con un 57,5 %, seguido de los técnicos con un 39,7 % y el grupo de 60 a 64 años fue el más representado con 43,6 y 30,0 % respectivamente.

Tabla 1. Distribución de los colaboradores según edad y sexo

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No	%
60-64	241	44,3	173	31,8	414	76,1
65-69	54	9,9	48	8,8	102	18,7
70-74	9	1,7	13	2,4	22	4,1
75-79	2	0,4	4	0,7	6	1,1
Total	306	56,3	238	43,7	544	100

Tabla 2. Distribución de los colaboradores según grupos de edad y categoría ocupacional

Grupos de edad	Obrero		Profesional		Técnico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-64	14	2,6	237	43,6	163	30,0	414	76,1
65-69	1	0,1	60	11,0	41	7,5	102	18,7
70-74	-	-	12	2,2	10	1,8	22	4,1
75-79	-	-	4	0,7	2	0,4	6	1,1
Total	15	2,7	313	57,5	216	39,7	544	100

La tabla 3 muestra que un 80,2 % de los colaboradores realizaban como función fundamental en la misión la actividad asistencial, seguido por la actividad administrativa con un 17,8 % y un 2 % en la docencia. En la actividad asistencial la profesión mayor fueron los enfermeros con un 27,7 % y los que menos aportaron fueron los estomatólogos con un 15,9 %.

Tabla 3. Distribución de colaboradores según actividad laboral desempeñada

Actividad laboral	Médicos		Estomatólogos		Enfermeros		Otros		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Administrativo	4	0,7	-	-	21	3,8	72	13,2	97	17,8
Asistencial	99	18,2	87	15,9	151	27,7	99	18,1	436	80,2
Docente	3	0,5	-	-	6	1,2	2	0,5	11	2,0
Total	106	19,4	87	15,9	178	32,7	173	31,8	544	100

En la tabla 4 se resume la información obtenida en dos momentos, la cual refleja de forma comparativa como se comportaron los antecedentes patológicos personales antes de iniciar su misión y después de concluida la misma. Se puede observar que al inicio de la misión un 54,2 % refirió que tenía antecedentes patológicos personales, sin embargo una vez finalizada la misión, un 69,7 % refirió que tenía antecedentes de enfermedad, lo cual evidenció que un 15,5 % de los colaboradores no refirieron padecer de alguna enfermedad antes de salir de misión.

Tabla 4. Antecedentes patológicos personales referidos al inicio y después de la misión

Antecedentes Patológicos Personales referidos	Inicio de misión		Después de la misión	
	No	%	No	%
Sí	295	54,2	353	69,7
No	249	45,8	153	30,3
Total	544	100	506	100

La tabla 5 muestra las enfermedades crónicas referidas por los colaboradores en los antecedentes patológicos personales, antes de salir a cumplir misión y una vez finalizada la misma, donde predominó la hipertensión arterial en ambos momentos con 27,3 % y 33,3 % respectivamente, seguidos de la diabetes mellitus y asma bronquial. Un total de 295 colaboradores (58,3 %) refirió haber demandado asistencia médica durante el cumplimiento de la misión.

Tabla 5. Enfermedades crónicas referidas al inicio y después de la misión

Enfermedades crónicas referidas	Inicio de misión		Post misión	
	No.	%	No.	%
Hipertensión Arterial	149	27,3	168	33,3
Diabetes Mellitus	37	6,9	61	12,1
Asma Bronquial	30	5,5	28	5,6
Otras	25	4,6	18	3,5
Cardiopatía Isquémica	16	2,9	15	3,0
Osteoartritis	15	2,8	19	3,7
Afecciones Gastrointestinales	14	2,5	-	-
Glaucoma	9	1,7	3	0,5
Catarata	-	-	5	0,9
Litiasis Renal	-	-	5	0,9
Hipertiroidismo	-	-	2	0,3
Hiperlipidemia	-	-	14	2,9
Insuficiencia Venosa Periférica	-	-	15	3,0
Total	295	54,2	353	69,7

DISCUSIÓN

La misión médica cubana en la República Bolivariana de Venezuela representa una gran fortaleza ya que brinda a los profesionales cubanos la oportunidad de participar

en una gran obra, enfocado hacia el cumplimiento de principios básicos de la salud pública como son: equidad, cobertura, accesibilidad, solidaridad y participación social y comunitaria. Marca una nueva pauta en la formación de los recursos humanos requeridos, a través del fomento de valores solidarios y humanistas, con alta calificación científico-técnica, que tendrán el reto de garantizar la salud de la población de sus pueblos y otros países del mundo. En esta honrosa tarea, también están presentes los colaboradores cubanos con 60 años y más.

De forma general predominó el sexo femenino con un 56,3 %, con comportamiento similar en el grupo de 60-64 años para un 44,3 %. Este comportamiento relacionado con el sexo coincide con estudios realizados en Cuba sobre el adulto mayor donde más del 50 % pertenecía al sexo femenino.¹⁵

En relación con la distribución de los colaboradores de la misión médica cubana en Venezuela según grupos de edad y categoría ocupacional, los resultados coinciden con el estudio realizado en la misión médica en la República Bolivariana de Venezuela en el 2007, donde se evidenció predominio de la categoría profesionales con un 47,3 % de los colaboradores, seguido de la categoría ocupacional técnicos, que incluían diferentes especialidades que allí laboraban.¹⁵ Hubo en dicho estudio una mayor representatividad en la actividad asistencial de los enfermeros con un 27,7 %, y en menor grado los estomatólogos con un 15,9 %, lo que se corresponde con lo encontrado en nuestro trabajo.

Esta distribución indica que la base estructural de la misión es la Atención Primaria de Salud, para fortalecer dicho nivel de atención a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que den respuesta a los problemas de salud de la población. Todo ello garantiza el propósito de la misión barrio adentro de llegar a todas las personas y establecer una relación continuada con ellos.

Otro de los aspectos estudiados en esta investigación fue el relacionado con los antecedentes patológicos personales. En la tabla 5 se resume la información obtenida en dos momentos, la cual refleja de forma comparativa como se comportó esta variable en los adultos mayores antes de iniciar su misión y después de la misma. Se destaca que los antecedentes patológicos personales referidos al inicio y que fueron reflejados en la base de datos de la Unidad Central de Cooperación Médica muestran resultados por debajo a la información obtenida una vez finalizada la misión con una diferencia de más del 15 %, hecho este que, según criterio del autor, puede estar dado por el temor a que le fuera negado el derecho de viajar por problemas de enfermedad, aunque también puede explicarse porque se hayan enfermado durante el cumplimiento de la misma, aspecto este que no se logró esclarecer en la recogida de la información.

Estos datos coinciden con estudios realizados en Cuba en el análisis de la morbilidad del adulto mayor donde se obtuvo que un 69,6 % de los encuestados padecían al menos de una enfermedad no transmisible.¹⁶

Se debe destacar la importancia de garantizar la adecuada realización de los chequeos médicos previo a la salida a cumplir misión, para poder contar con la información fidedigna que permita una buena dispensarización de los colaboradores desde que llegan a la misión, y así garantizar el seguimiento de forma organizada y planificada por el personal médico y evitar que ocurran complicaciones innecesarias.

Dentro de las enfermedades crónicas referidas predominó la hipertensión arterial en ambos momentos con 27,3 y 33,3 % respectivamente, seguidos de la diabetes mellitus y asma bronquial. En el caso de las afecciones gastrointestinales no fueron referidas en los antecedentes de enfermedad por los colaboradores una vez finalizado

la misión, sin embargo durante el período activo como cooperante, si se recogieron datos que reflejan que este problema de salud estuvo presente en el grupo objeto de investigación (2,5 %).

Llama la atención la diferencia de la hipertensión arterial (6 %) y la diabetes mellitus (5,2 %) al inicio y finalizada la misión, lo que según criterio del autor puede estar relacionado a que no se haya hecho un registro adecuado y profundo de los chequeos médicos a los cooperantes y que un número elevado de los mismos, no declararan su enfermedad de base por temor a no cumplir su misión. Estos planteamientos guardan relación con lo expuesto anteriormente donde fue evidenciado que el 15,5 % de los colaboradores no refirió en sus antecedentes patológicos personales el padecer de enfermedades no transmisibles. Otra posibilidad es que no los hayan chequeado y estudiado durante la misión, o no se les haya dispensarizado durante el cumplimiento de la misma.

Sin embargo fue constatado en el estudio que un total de 295 colaboradores (58,3 %) refirieron haber demandado asistencia médica durante el cumplimiento de la misión, aspecto este importante si se tiene en cuenta que alrededor del 69 % de los colaboradores de 60 años y más en la misión médica en Venezuela refirieron padecer alguna enfermedad no transmisible, lo cual pudo haber sido una de las causas de la demanda de atención médica.

CONCLUSIONES

En los adultos mayores que cumplieron misión en la República Bolivariana de Venezuela predominó el sexo femenino, el grupo de edad de 60 a 64 años, con categoría ocupacional profesional y dentro de ella los profesionales de enfermería vinculados fundamentalmente a la actividad asistencial. La mayoría de los colaboradores padecían de alguna enfermedad crónica, la más frecuente fue la hipertensión arterial y más de la mitad demandaron asistencia médica durante la misión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción Internacional sobre envejecimiento. Madrid, 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud. 2006 [citado 19 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
3. OMS y Health Canada. Salud y Envejecimiento: Un documento para el debate. Ginebra: OMS; 2002.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. Washington: OPS/OMS; 2008.
5. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas. La esperanza de vida en Cuba. Evolución y contexto actual. Octubre 2005 [citado 19 abril 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/juan_carlos_alfonso.pdf
6. García de Jalón P. Envejecimiento: hechos más resaltables que lo determinan. An Real Acad Farm 2006; 62(4):565-601.

7. Tavares A. Enfermedades Mentales. En: Anzola Pérez E. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington DC: OPS,1994:172-9.
8. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del V Congreso de los Comités de Defensa de la Revolución, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el día 28 de septiembre de 1998.
9. Marimón Torres N. La colaboración Médica Cubana en el siglo XXI: Una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau. [tesis] La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
10. Marimón Torres N, Bagarotti R. La colaboración Médica un reto. Unidad Central de Colaboración Médica. La Habana: MINSAP; 2003.
11. Unidad central de Cooperación Médica. Reunión de Jefes de Misiones julio, 2011 [CD-ROOM]. La Habana: UCCM; 2011
12. Constitución de República Bolivariana de Venezuela, 2009: Artículo 83. [homepage on the Internet] RBV: Enoriente.com, 2009 [citado 12 de oct 2011]. Disponible en: <http://www.enoriente.com/constitucion/articulo83.htm>
13. Unidad Central de Cooperación Médica. Informes de Archivos 1998-2011. La Habana: UCCM; 2011.
14. Manual de Normas y Procedimientos de la Unidad Central de Cooperación Médica. La Habana: UCCM; 2010.
15. Giró Más MC. Problemas de salud que conducen a las bajas de la misión. Barrio Adentro, 2006 [tesis] La Habana: ENSAP; 2007.
16. Sousa Pérez B. Estado anímico del adulto mayor según el lugar donde realiza sus actividades Rev Cubana Enfermer 1998; 14(3):168-73.

Recibido: 11 de febrero de 2013.

Aprobado: 15 de marzo de 2013.

MSc. Abel Hidalgo Prieto. Unidad Central de Colaboración Médica. La Habana. Cuba. Teléfono: 2624455. Email: abel@uccm.sld.cu