



Universidad 2014

9no Congreso Internacional
de Educación Superior

CURSO 24

Procesos formativos integrados al abordaje intersectorial como componente esencial de la respuesta social cubana de salud

*"Por una universidad
socialmente responsable"*

Palacio de Convenciones
de La Habana

**Procesos formativos integrados al abordaje
intersectorial como componente esencial de
la respuesta social cubana la salud**

Universidad 2014

Del 10 al 14 de febrero

Palacio de Convenciones de La Habana

Curso 24

Curso 24 - Procesos formativos integrados al abordaje intersectorial como componente esencial de la respuesta social cubana la salud.

Autores:

Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate

Esp. 2do grado Pedro López Puig

Edición: Dr. C. Guillermo Jesús Bernaza Rodríguez

Diseño de portada: Alfredo Aguilera Torralbas

Universidad 2014

9no. Congreso Internacional de Educación Superior

Ministerio de Educación Superior

Imprenta del Palacio de Convenciones de La Habana

ISBN 978-959-16-2238-9

2014

Autores

Especialista de 1er grado y de 2do. Grado en Organización y Administración de Salud Pública, Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate

Especialista de I y II grado en Medicina General Integral Pedro López Puig, Médico

Dr. Cs Pastor Castell-Florit Serrate. Médico. Especialista de 1er grado y de 2do. Grado en Organización y Administración de Salud Pública

Médico de profesión graduado en la Universidad de La Habana en el año 1970, graduado de Máster en Administración y Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México. Dr. en Ciencias de la Salud, y Dr. en Ciencias. Académico Titular de la Academia de Ciencias de Cuba. Profesor e Investigador Titular y Consultante. Director de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Jefe de la Cátedra de Dirección en Sistemas y Servicios de Salud "Dr. Abelardo Ramírez Márquez" de la Escuela Nacional de Salud Pública. Presidente de la Comisión de Grados Científicos del doctorado en Ciencias de la Salud. Integrante del Comité Académico de la Cooperación en la Educación Médica EE.UU.-Cuba (MEDICC) Experto en Administración de Salud, ha brindado asesorías y consultorías en Universidades e Instituciones de Salud Pública en América Latina y el Caribe.

Coordinador de la Asociación de Escuelas de Educación en Salud de México, América Central y el Caribe (ALAESP), es integrante de comités académicos, de diferentes figuras docentes.

Tiene 41 años de experiencia en dirección en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud de Cuba, entre ellos 18 como Director Provincial de Salud, de estos cinco en la capital del país con rango de viceministro, 40 años como profesor de pre y post grado.

Entre sus últimas publicaciones se encuentran las de su tema de investigación la Intersectorialidad (4). "La Intersectorialidad en la Práctica social", "Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local", "Sostenibilidad de la Intersectorialidad en Cuba" y más recientemente "Intersectorialidad en Salud. Fundamentos y Aplicaciones"

Ha participado y presentado trabajos en diversos eventos científicos nacionales e internacionales. Ha obtenido premios, por su obra científica y propuesta por Cuba como único candidato al premio de Administración de Salud que otorga la Organización Panamericana de la Salud a nivel Regional en los años 2010 y 2011.

Pedro López Puig, Médico, Especialista de I y II grado en Medicina General Integral

Profesor e Investigador Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. Máster en Atención Primaria de Salud. Miembro de las Sociedades Cubanas de Medicina Familiar, Farmacología, Salud Pública e Historia de la Salud.

Resumen del contenido del curso

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) es un espacio de formación de recursos humanos donde la integración en prestación de servicios, con enfoque intersectorial, cobra especial significación. Las concepciones sobre el abordaje intersectorial de problemas de salud, han ido sucediendo al modificarse la actitud y los conocimientos acerca de cómo solucionar problemas que atañen a la salud pública e individual, a partir del involucrar actores (organismos y organizaciones) que permiten un manejo holístico de las determinantes de salud, tanto de poblaciones como de individuos.

La gestión moderna de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención, demanda una mejora en el desempeño intersectorial para el manejo de problemas de salud, que permitan agregar valor a partir de la optimización de los recursos humanos, el desarrollo de espacios de conocimiento y aprendizaje de modalidades intersectoriales y la capacidad para articular y sostener servicios de salud y generar salud poblacional.

La salud pública, compuesta por diversas disciplinas, tiene un objetivo central: el mejoramiento de la salud y el alargamiento funcional de la vida humana lo que demanda una acción integradora. Es parte central de esta concepción, la integración de la docencia con la organización económico-social, sus sectores y la propia población. La intersectorialidad, utilizada como tecnología de la salud pública y una de las condiciones para el éxito de esta, necesita ser integrada a los procesos construcción de competencias que se generan en el ámbito docente, como garantía para el desarrollo de una práctica acorde a las necesidades del país.

El desarrollo de competencias para el manejo de la integración intersectorial en el sector de la salud pública, se erige como necesidad para la sostenibilidad y el éxito de las estrategias de salud en cualquier contexto sanitario y particularmente el cubano.

Objetivo:

Generar un marco de análisis para identificar fortalezas y debilidades de la docencia superior como desarrolladora de competencias

para la integración intersectorial en redes de servicios de salud públicos.

Estrategia docente

- Se utilizarán formas de enseñanza activas a partir de una inducción inicial, mediante situaciones problémicas simuladas de los eventos y problemas de construcción de competencias para el abordaje intersectorial en los escenarios docentes. El curso utilizará 3 modalidades en sus 4 horas lectivas: conferencia introductoria, planteamiento de problemas y discusiones de grupo, estudio independiente.
- Los ejemplos de casos de estudio que se utilizarán serán una descripción dinámica, de determinadas situaciones, que se interrumpen deliberadamente para facilitar la intervención y escenificación de los cursistas.

CONTENIDOS Y OBJETIVOS

Tema Conferencia Introductoria: La teoría y prácticas de la intersectorialidad como base en la conformación de competencias para el trabajo intersectorial en la docencia médica.

Objetivos:

1. Identificar elementos para el desarrollo de conocimientos, habilidades, prácticas y actitudes en cuanto a la intersectorialidad aplicables a la docencia médica de pre y postgrado.
2. Proponer espacios de integración de las bases teórico-prácticas de la intersectorialidad al desarrollo de los procesos formativos en la docencia médica superior

Contenidos:

Evolución de la intersectorialidad como proceso. Tecnologías para el abordaje intersectorial de problemas de salud. La formación de competencias para el abordaje intersectorial de problemas de salud. Espacios de formación y desarrollo del componente intersectorial en los procesos formativos.

Contenido

INTRODUCCION	10
PROCESOS FORMATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO Y SU RELACIÓN CON LA INTERSECTORIALIDAD	10
Instituciones que lo forman	12
Niveles en que está organizado.....	12
Evolución en el tiempo.....	13
DESARROLLO.....	14
LA PRÁCTICA DE LA INTERSECTORIALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO.....	15
Década de los años 60´	16
Décadas de los años 70´ y 80´	18
Dos últimas décadas	19
Principales debilidades y fortalezas.....	21
LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA. SU EXPRESIÓN EN EL NIVEL GLOBAL DE LA SOCIEDAD. ALGUNOS EJEMPLOS..	23
Caso 1: Comisión de salud y calidad de vida.	25
Caso 2: Plan Turquino Manatí.	26
Caso 3: Comisión nacional de control y prevención del SIDA.....	26
Caso 4: Tabaco o salud en Cuba.	28
Las acciones para el control del tabaquismo en Cuba han transitado por diferentes etapas:	28
Lecciones aprendidas	30
LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA. PROCESOS FORMATIVOS EN EL NIVEL LOCAL. ALGUNOS EJEMPLOS. ...	30

Caso 1: Proyecto global de la provincia de Cienfuegos	31
Caso 2: Adolescencia y futuro.....	33
Caso 3: ECO-SALUD.....	34
Caso 4: Organizaciones de masas y sociales que participan en la intersectorialidad.....	36
Caso 5: La prevención del dengue a nuestro alcance. Enfoque de ECO-SALUD.....	39
Caso 6: Prevención indirecta de caries dental en la temprana infancia.....	42
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46

INTRODUCCION

PROCESOS FORMATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO Y SU RELACIÓN CON LA INTERSECTORIALIDAD

El modo práctico en que ha operado el sistema de salud en Cuba ha conducido a cambios en los procesos de atención a la salud integrados a la formación de pre y post-grado del recurso humano en salud. Al mismo tiempo ha creado condiciones para desarrollar competencias para el abordaje intersectorial de problemas de salud tanto en la población general como para los prestadores de servicios.

Los principios que rigen la salud pública en Cuba son:

El carácter estatal y social de la medicina

La accesibilidad y gratuidad de los servicios

La orientación profiláctica

La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica

La participación de la comunidad

La intersectorialidad

La colaboración internacional

Con el surgimiento del policlínico integral en 1964, se introdujeron los conceptos relativos a la medicina integral con carácter preventivo-curativo en el sistema de salud, lo cual fue seguido de la división poblacional en áreas de salud para desarrollar los programas básicos, y del modelo de la medicina en la comunidad con la creación del policlínico docente. Su evolución lo llevó al modelo actual del médico y enfermera de la familia en busca de una mejor cobertura, accesibilidad y equidad en salud, así como mayor integración del proceso de práctica asistencial y docente-educativa enfocados a la generación de competencias para gestionar la participación social e intersectorial en salud

Este modelo contribuye a enriquecer la teoría y la práctica de la atención primaria de salud en todos sus componentes. Al basar su estrategia de trabajo en el análisis de la situación de salud (ASIS), ejercicio integrador de las características poblacionales, de la salud y sus determinantes, permite abordar estos problemas, articulados al proceso de formación de pre y post-grado, desde una perspectiva intersectorial y de participación comunitaria, tanto a escala de la población a él asignada, como la específica de los centros educacionales y laborales existentes en su sector de trabajo.

De esta manera, la formación del médico general y del especialista en medicina general integral permite aproximarse a la intersectorialidad en dos dimensiones, una de ellas a partir de las interrelaciones del estudiante con los sectores relacionados con los determinantes de la salud de la población a cargo y la bilateral, que se establece con los centros educacionales y laborales a los cuales se les brinda atención promocional preventiva y curativa.

Se reafirma el papel del policlínico en la planificación, organización, dirección y control de la labor que se ejecuta en el nivel primario de atención, convirtiéndose en sede de la Facultad de Ciencias Médicas para que el profesional pueda comprender, integrar, coordinar y administrar el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

La integralidad y continuidad en el modelo cubano actual de salud pública se ha ido superando en cuanto a la formación de una con-

cepción integrada del sistema de formación y prestación de servicios de salud, tanto en los aspectos de la atención primaria como de la hospitalaria y en su relación entre ellas.

Instituciones que lo forman

El sistema de salud cuenta con 22 facultades de ciencias médicas, 13 institutos de investigación, 156 hospitales y 444 policlínicos, que dan respuesta al desarrollo de las ciencias médicas, las investigaciones, la docencia y la atención en la mayoría de ellos, en especialidades y campos de gran relevancia científica.

A lo anterior se añaden: 143 hogares de ancianos, 289 hogares maternos, centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología en las 14 provincias y los 169 municipios de país, que de manera integral e integrada, trabajan en los aspectos promocionales, preventivos, curativos y rehabilitatorios,

La mayor parte de estas instituciones cumplen la función básica de prestación articuladas a los procesos formativos en mayor o menor grado. En su conjunto, constituyen un sistema nacional de salud único e integrado, que posibilita, en gran medida, las alianzas e integración externa con los sectores de la economía y la sociedad, cumpliéndose así uno de los principios básicos de la intersectorialidad.

Niveles en que está organizado

El sistema nacional de salud se estructura en tres niveles que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nacional que está representado por el Ministerio de Salud Pública y es el órgano rector con funciones metodológicas, normativas y de coordinación y control al cual se le subordinan directamente los centros universitarios, institutos de investigaciones, centros hospitalarios de asistencia médica altamente especializados, centros de distribución y comercializadoras de suministros y tecnologías médicas así como otros centros y entidades nacionales destinados a actividades técnicas y de apoyo

Los otros dos están representados por las direcciones provinciales y municipales de salud que agrupan las instituciones de salud de su área de competencia y que, al igual que en el central, se subordinan desde el punto de vista administrativo a las estructuras de gobierno en los distintos niveles organizativos, representando sus intereses ante ellos y dando respuesta a las demandas y necesidades de la población.

Evolución en el tiempo

El modelo cubano ha transitado por tres concepciones que fueron desarrollándose en el tiempo y que han influenciado los procesos formativos que se conducen desde el sector salud tanto para el área profesional como para la técnica.

La concepción basada en el daño, donde el sujeto de programación está representado por la enfermedad, y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de este.

La sustentada en el concepto de riesgo, en la que la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos, determinando un proceso salud-enfermedad caracterizado por daños comunes. Este concepto se desarrolla a través de intervenciones sustentadas en un carácter integral, con acciones asistenciales, promocionales y preventivas y un enfoque intersectorial.

La concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzada que el anterior y en pleno desarrollo, se fundamenta en el concepto de universalidad, igualdad y cobertura de la población donde el carácter de participación social e intersectorial se materializa con mayor énfasis.

DESARROLLO

Problemas de salud que han generado acciones intersectoriales y proyectos conjuntos de intervención intra y extra-sectoriales que se insertan en la dinámica de los servicios con impacto en la formación de pre y post-grado que se produce en el primer nivel de atención.

Prevalencia del hábito de fumar.

Incremento en la ingestión de bebidas alcohólicas en algunos grupos sociales.

Sedentarismo.

Sobrepeso y obesidad

Deficiente higiene ambiental.

Salud materna e infantil.

Desnutrición.

Accidentabilidad.

Riesgo de enfermedades genéticas y discapacidades.

Enfermedades prevenibles por vacunas.

Insuficiencia renal crónica.

Epidemia de VIH/SIDA.

Dengue

Prevención indirecta de caries dental en la temprana infancia.

Estrategia preventiva de anomalías dentomaxilo-faciales.

LA PRÁCTICA DE LA INTERSECTORIALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO

La salud de la población es un componente, y un valor esencial de la vida social y económica del hombre. Su determinación, expresión y evolución se enmarcan en el desarrollo histórico de la sociedad.

Las políticas de salud, y las estrategias para implementarlas, deben partir del estudio de los determinantes y componentes de la salud de la población, del contexto político, económico y social, del desarrollo científico técnico, de las políticas globales y en especial de las políticas del país en cuanto a desarrollo económico social y en particular de la salud.

En el caso de Cuba, la voluntad política, la convicción y el deseo real de materializarla en la práctica han posibilitado que la salud se haya convertido en un bien social de alta estimación, en una responsabilidad principal del estado y en un pleno derecho de los ciudadanos que la asumen en su real dimensión, como parte del desarrollo humano, del bienestar y de la calidad de vida.

Su abordaje ha quedado definido en términos de un diseño donde la responsabilidad principal es asumida por el estado y la sociedad cubana, la participación de sus sectores y organizaciones, y la conducción técnica, metodológica y administrativa de los procesos, a cargo del Ministerio de Salud Pública.

Un punto fundamental es hacer que las políticas evolucionen en correspondencia con lo cambiante del proceso de construcción social que lleva el país.

Su definición se realiza a partir de análisis sistemáticos del contexto político, económico y social, nacional e internacional, las indicaciones dadas por la dirección del país, el análisis de la situación de salud, la evaluación de los servicios y programas, los avances científico técnicos y las mejores experiencias nacionales e internacionales, entre otros componentes.

Al mismo ritmo de esta evolución ha marchado el acercamiento a la intersectorialidad, que ha ido desde los enfoques iniciales, más bien intuitivos, hasta los actuales que tienen un marcado énfasis tecnológico.

Década de los años 60´

Inicialmente, el aumento de la cobertura, la accesibilidad y la participación social fueron los rasgos principales de las primeras acciones. La intersectorialidad estaba implícita, pero no era aún un propósito claramente definido, aunque empezaba a expresarse naturalmente por las propias características de esas mismas acciones.

El mayor énfasis fue puesto en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad garantizadas, entre otras formas, mediante el incremento en la formación de los recursos humanos (médicos, estomatólogos, enfermeros y técnicos) que se distribuyeron desde un inicio por todo el país ocupando las áreas más alejadas y desprotegidas, sobre todo la rural, y con un adecuado nivel de especialización y de desarrollo científico-técnico de los servicios.

La creación de un sistema de salud único, basado en principios humanistas y de participación, y la atención primaria de salud como estrategia del sistema, sentaron las bases para desarrollar con fuerza, posteriormente, la práctica de la intersectorialidad, que como forma organizativa de trabajo también evolucionó en el tiempo, por un lado acompañando a las transformaciones económicas, sociales y organizativas del estado y el gobierno, por el otro, en correspondencia con las cambiantes necesidades derivadas de las transformaciones del sistema de salud y finalmente, por las fuerzas de cambio interno, propias de la intersectorialidad en sí.

La creación del servicio médico rural que formó un contingente de médicos adaptados al uso de la intersectorialidad de forma empírica para poder solucionar los problemas de salud y más tarde la conversión de las instituciones de atención médica del nivel primario en policlínicos Integrales que luego fueron docentes, permitieron que el enfoque de atención dejara de ser solamente curativo para incorporar el promocional y preventivo; consecuentemente, se comienzan a desarrollar acciones de participación social y sectorial amparados por mecanismos organizativos e instrumentos de tipo político estatal, gubernamental e institucional.

Otro aspecto significativo, fue la creación de la Comisión de salud del pueblo, órgano de carácter intersectorial y comunitario que integró a las organizaciones sociales y comunitarias, y en menor escala a sectores y en consecuencia, representó un punto de partida importante para la intersectorialidad y su posterior consolidación. En esta etapa aún no existía un marcado desarrollo del sistema nacional de salud, el modelo cubano dirigía sus acciones bajo la concepción basada en el daño, donde el objeto de programación estaba representado por la enfermedad.

Los instituciones más relevantes de participación, en esa etapa, fueron: los comités de Defensa de la Revolución (agrupa al mayor porcentaje de población de la nación); la Federación de Mujeres Cubanas (agrupa al sector femenino de la población) y la Asociación de Agricultores Pequeños, que agrupa al sector campesino.

En cuanto a los sectores de la economía y la sociedad participaron: servicios comunales, (responsabilizado con el saneamiento ambiental), acueductos, (encargado de agua y alcantarillados), agricultura, comercio, cultura, educación, salud y las cooperativas agropecuarias. Las acciones desarrolladas estaban vinculadas al saneamiento ambiental, higiene y confort domiciliario, vacunación, actividades recreativas y otras.

La dirección técnica y el análisis integral de los problemas de salud eran aún limitados, la participación del médico y la enfermera estaba presente, pero no se lograba lo deseado porque aún existía buena carga de responsabilidad con actividades curativas. Ya desde esta etapa los gobiernos locales comenzaron a desempeñar su papel jerárquico.

Décadas de los años 70´ y 80´

En las décadas de los **años 70´ y 80´** con los policlínicos integrales y comunitarios primero, y la implantación del programa de formación y trabajo del médico de la familia después, se produce un nuevo salto cualitativo cuyos principales rasgos fueron los siguientes:

Las nuevas instituciones tenían mejores y mayores posibilidades de proyectarse hacia la familia y la comunidad y convertir estos en espacios de formación.

El modelo cubano de prestación y formación del recurso humano pasaba a sustentarse en el riesgo, o sea iba dirigido a la identificación de grupos de población sometida a riesgos específicos y al desarrollo de acciones consecuentes.

El concepto de familia y de cobertura total pasaban a una posición protagónica en los procesos de prestación y formación del recurso humano.

Los conceptos de universalidad, igualdad, participación social e intersectorialidad se consolidaban.

Numerosos mecanismos e instrumentos administrativos, legales y organizativos crearon un escenario favorable, no sólo para elevar considerablemente la salud de la población, sino también para que los procesos formativos y la intersectorialidad pudiera pasar a una etapa de desarrollo consciente y tecnológicamente fundamentada. Estos son algunos de ellos:

Fortalecimiento de los órganos de la administración local debido a su reestructuración

Descentralización del sector salud y transferencia a los gobiernos locales.

Comienzo del modelo formativo de medicina de la comunidad.

Mayor preparación de los directivos profesionales y técnicos de la salud.

Implementación del programa del médico y la enfermera de la familia, donde la atención promocional, preventiva y curativa estaba enmarcada en un médico y una enfermera por cada 120 familias como promedio.

Inclusión en los programas de salud de acciones intersectoriales.

El análisis de la situación de salud como herramienta de integración de la práctica y la formación social e intersectorial del personal de la salud.

Por otra parte, una serie de proyectos específicos demandan y producen una integración de las organizaciones sociales y comunitarias hacia los problemas de salud y una participación más amplia intersectorial. Los más significativos fueron: el Movimiento de municipios por la salud, el Programa de salud y calidad de vida, el Plan Turquino Manatí y los proyectos de desarrollo municipal. Sobre estos casos, se hará una ampliación más adelante, en este documento.

La participación de los organismos de masas y sociales y los sectores de la economía y la sociedad resultó mas amplia y los problemas abordados se correspondían con el diagnóstico que el sector salud realizaba.

No obstante las posibilidades de participación brindadas por las condiciones político sociales y técnicas en el país, éstas no eran aprovechadas plenamente por la acción intersectorial.

Dos últimas décadas

Las dos décadas más recientes se han caracterizado por un proceso rápido de consolidación de los procesos formativos en un ambiente de intersectorialidad, la incorporación de numerosos elementos tecnológicos y la creación de una cultura generalizada alrededor de sus ventajas y posibilidades.

Un aporte importante para este avance, además de los ya logrados en las etapas anteriores, lo fue la organización de los gobiernos provinciales y municipales donde los directores de salud a estos niveles pasaron a ser vice presidentes de los consejos de la administración. De esta forma, se lograba el protagonismo necesario para liderar y facilitar la integración y alianzas con los demás sectores de la economía y la sociedad. Otro factor dinamizador, lo fue el proceso de desarrollo científico y técnico de los directivos del sector salud y de otros sectores, así como de los profesionales y técnicos de la salud.

Los rasgos más importantes de la intersectorialidad en las condiciones actuales del sistema cubano de salud pública son los siguientes:

Se cuenta con estudios e investigaciones sobre el enfoque tecnológico de la intersectorialidad lo que posibilita evidencias científicas del modo de actuación intersectorial para el diagnóstico e intervención ante los problemas de salud.

Se lograron definir los factores determinantes, condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad, condición básica para un trabajo técnicamente fundamentado en esta dirección

Quedaron definidos los temas que deben conocer los dirigentes y profesionales de la salud y de los sectores implicados para familiarizarse con los fundamentos básicos de la intersectorialidad. Esto ha permitido incorporar dichos temas a la formación y desarrollo de estas personas.

Se elaboraron y aplicaron instrumentos para la medición cualitativa de las acciones intersectoriales. El resultado de su aplicación permitió poner en práctica una serie de medidas orientadas a consolidar dichas acciones. Estos instrumentos se emplean en estos momentos, una vez más, para determinar el estado actual de la intersectorialidad.

Se consolida el trabajo a partir de proyectos que den respuesta a problemas que de conjunto fueron previamente identificados.

La planificación estratégica del sector salud incluye la delimitación de los objetivos estratégicos que demandan respuesta intersectorial.

Se crearon los consejos nacionales, provinciales, municipales y consejos de salud de los consejos populares.

La formación y superación de los directivos y profesionales de la salud pública incluye los temas relaciones con el enfoque intersectorial.

La intersectorialidad ha pasado a formar parte de los principios de la salud pública cubana.

Principales debilidades y fortalezas

Debilidades.

La preparación y conocimiento de la intersectorialidad se ha incrementado, pero no se corresponde aún con el nivel de las acciones en la práctica

Hay evidencias de que la intersectorialidad en salud es aplicada tanto en la práctica como en la formación del recurso humano, pero insuficiente, a pesar de existir conciencia generalizada de su importancia.

La incorporación del tema en la formación y desarrollo de los directivos y profesionales es aún insuficiente.

Exagerada carga administrativa que limita el tiempo que debe dedicarse a este trabajo.

Muchas de las fallas se producen en el nivel local, donde precisamente las acciones intersectoriales deben tener mayor presencia.

La presencia de la intersectorialidad en algunos de los programas nacionales de salud no es suficiente.

La intersectorialidad inducida producto de situaciones críticas, tiene mayor peso, que la consciente participativa.

Insuficiente nivel de generalización en el trabajo orientado a proyectos

Insuficiente correspondencia entre las excepcionales condiciones del país y la posibilidad de un empleo mayor de la intersectorialidad.

Fortalezas

Estar declarada la intersectorialidad como un principio de la salud pública cubana.

Disponer de los factores determinantes, condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad

Contar con instrumentos de medición de las acciones intersectoriales y con la definición de qué temas deben incluirse en la formación y desarrollo de directivos.

Orientación hacia la intersectorialidad en el fomento de valores organizacionales centrales.

Comprensión mayor del papel de la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud, bienestar y calidad de vida, expresado en una cultura ya reconocida acerca del tema.

Considerar a los otros sectores como parte de las políticas y estrategias de la salud pública

Expresar el papel de las comisiones de salud de las asambleas del poder popular y de los consejos de la administración en su evaluación

Disponer de la planificación estratégica del sector salud y demás sectores, como base de sustentación.

Inclusión explícita en los programas nacionales, considerando el papel de otros sectores

Extender la aplicación de las tecnologías vinculadas a la gestión del conocimiento

Revisión y ajuste de la metodología del análisis de la situación de salud como parte del proceso formativo de pre y post-grado.

Estar establecida con carácter legal en las políticas de salud

Estar incluida en los planes y programas de formación de directivos

LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA. SU EXPRESIÓN EN EL NIVEL GLOBAL DE LA SOCIEDAD. ALGUNOS EJEMPLOS

La intersectorialidad como componente estratégico global del sistema de salud

Cuba muestra un perfil demográfico de lento crecimiento, población con tendencia a la disminución, nivel de urbanización elevado, acelerado proceso de envejecimiento, prevalencia de las enfermedades crónicas, baja fecundidad y mortalidad, situación ésta comparable, en materia de salud, con los países desarrollados.

Parte importante de estos resultados están relacionados con la incorporación de la intersectorialidad como un componente esencial de la producción social de salud. Manejada en los primeros momentos de una manera intuitiva, ha pasado por diferentes etapas, tal como se muestra en el cuerpo de este informe, hasta incorporarse tecnológicamente, tanto en la estrategia global del sistema cubano de salud pública como en las estrategias específicas, la organización y la operación en los niveles intermedios y de base del sistema.

Determinados problemas, por su complejidad y extensión han demandado acciones decididas, convocadas y controladas desde el nivel nacional, a toda la sociedad y en su adecuación participan los sectores de la economía, las organizaciones sociales y los gobiernos locales.

La intersectorialidad, como componente estratégico del sistema cubano de salud pública, cuenta con una base legal y programática, de la cual estos son algunos ejemplos:

La Ley 41 de la Salud pública, en su artículo 8, plantea, "las organizaciones sociales y de masas participarán en el cuidado de la salud del pueblo de acuerdo con convenios y programas".

La ley 13 de Protección e higiene del trabajo, define la competencia de los sectores salud y trabajo para crear la comisión de seguridad y salud en el trabajo, a nivel nacional, provincial y municipal, con la participación de todos los organismos de la administración central del estado (OACES) y demás organizaciones.

El Programa integral de higienización ambiental (PIHA) coordinado por la defensa civil y los organismos de la administración central del estado como estrategia encaminada a elevar el control higiénico sanitario ambiental.

La resolución conjunta educación-salud (1/97) mediante la cual se convoca a otros sectores, organismos y organizaciones, y de la cual se han generado 23 programas, entre los que están incluidos: "Programa de atención médico pedagógica al educando y al trabajador de la educación", "Para la vida" y "Educa tu hijo".

Un conjunto de programas nacionales que atienden los principales problemas de salud del país e involucran en su ejecución diferentes sectores, organizaciones sociales y grupos comunitarios a escala del país.

A manera de ejemplo, se presentan a continuación, algunos casos concretos acerca del manejo de la intersectorialidad a escala de toda la sociedad cubana, lo cual puede dar una idea más precisa de cómo se manifiesta esta tecnología en ese nivel

Caso 1: Comisión de salud y calidad de vida.

Creada el 30 de octubre del 2000, por acuerdo del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, con el objetivo de coordinar actividades que fomenten la salud de la población, encargando al Ministerio de Salud Pública para su conducción técnica.

La Comisión quedó integrada por los sectores salud, educación, educación superior, comercio, agrícola, azucarero, transporte, deporte, medios de comunicación, ciencia y tecnología, energético, alimentación pública, trabajo y seguridad social, recursos hidráulicos y acueductos, además de las organizaciones sociales siguientes: Central de trabajadores de Cuba y sus sindicatos, Asociación de Agricultores Pequeños, Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media y Federación de Estudiantes de la Enseñanza Superior. Su tarea principal es intervenir en problemas tales como: accidentes, alimentación, consumo de tabaco, práctica del deporte, estilos de vida, entre otros.

Para la ejecución descentralizada y sistemática de las tareas se responsabilizó a los consejos de la administración provincial y municipal, mientras las evaluaciones integrales periódicas quedaron a cargo de la comisión central.

Esta estrategia tuvo como característica la continuidad en el tiempo y junto a otras acciones han favorecido la disminución de la tasa de mortalidad por accidentes, la elevación de garantía de vegetales frescos para el consumo de la población, la disminución del índice de desnutrición en población de riesgo, la opciones de formas sana de recreación en comunidades y municipios, la creación de espacios culturales, áreas deportivas y salas de rehabilitación en zonas montañosas y difícil acceso, la revitalización de la práctica comunitaria del ejercicio físico.

Por otra parte la reevaluación del plan de acción ha evidenciado problemas sin suficiente modificación y que requieren rediseño y mayor control; entre ellos se encuentran el habito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas en grupos de adolescentes y la inadecuada higiene ambiental con presencia de micro vertederos en zo-

nas urbanas y comunidades rurales, problemas que esta comisión aborda ahora de forma prioritaria.

Caso 2: Plan Turquino Manatí.

Se creó como proyecto especial por el Consejo de Estado para dar atención diferenciada a las regiones de montaña, induciendo así su desarrollo armónico y favoreciendo la salud de su población. Este proyecto se redefinió posteriormente como "Programa Integral para el desarrollo social y económico de la montaña", estableciendo como objetivo fundamental elevar la calidad de vida de su población partiendo de la auto-sustentabilidad, la protección adecuada del medio ambiente, el uso racional de los recursos naturales, la conservación de los bosques y el agua, la elevación de la higiene ambiental y el desarrollo de estilos de vida saludables a partir de prácticas intersectoriales y comunitarias. La coordinación de este programa fue encargada al sector de la agricultura.

El plan de acción nacional incluyó actividades encaminadas al fortalecimiento de la promoción en salud, la cultura sanitaria y la rehabilitación integral de personas portadores de enfermedades crónicas y hábitos tóxicos; se le asignaron tareas a los diferentes sectores, correspondiéndole a la construcción y la agricultura el mejorar las condiciones higiénico-epidemiológicas al incluir servicios sanitarios dentro de las viviendas; a los sectores cultura, educación, educación superior, deporte y la Asociación de Agricultores Pequeños se les indicó planificar e introducir el movimiento cultural y deportivo en las montañas, conformándose grupos de teatro, salas de televisión, bibliotecas y áreas deportivas, lo que permitió el análisis y reflexión sobre la situación de salud local, por parte de la comunidad. El sector agrícola y los agricultores pequeños lograron mayores niveles de producción de vegetales, hortalizas y frutas para complementar las necesidades nutricionales de los montañeses; como problema del plan de acción no resuelto, resalta el déficit de medios de transporte apropiados para la montaña lo que repercutió negativamente en el índice de accidentabilidad.

Caso 3: Comisión nacional de control y prevención del SIDA.

Creada por el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros como forma relevante de intersectorialidad y en ella intervienen todos los

sectores de la administración central del estado, las organizaciones sociales y la comunidad. En Cuba, el SIDA a pesar de su baja incidencia, es considerado un problema importante de salud, ya que aun existe una parte de la población con baja percepción de riesgo para la infección y con prácticas sexuales desprotegidas.

La estrategia centralmente elaborada incluye acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación gratuitas, así como las medidas de seguridad de empleo y trato laboral sin discriminación, para todas las personas portadoras o enfermas de VIH/SIDA, asumiéndose además el proyecto de fortalecimiento y ampliación de la respuesta nacional ante la epidemia.

La existencia del Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA, ha facilitado la conducción del proceso de atención integral a la población afectada y la preparación de directivos, funcionarios y trabajadores de los diferentes sectores involucrados, sobre las características de la epidemia en Cuba, la importancia en la continuidad del tratamiento por parte de las personas que viven con VIH/SIDA, aspectos estos que han promovido cambios de actitudes, creencias y prácticas discriminatorias en los diferentes escenarios laborales, esto basado en la legislación laboral aprobada para proteger a los trabajadores que viven con VIH/SIDA.

La capacitación también llegó a grupos claves - profesionales y estudiantes de la salud, trabajadores sociales, estudiantes, líderes de la comunidad, escritores, realizadores y productores de la radio y la televisión- lo que fortaleció la respuesta ampliada en los aspectos promocionales sobre la epidemia.

La creación de los sanatorios en todas las provincias del país, con garantía logística para las condiciones de vida y del tratamiento antirretroviral a todos los afectados, ha inducido que el ritmo de crecimiento de la epidemia en el país sea lento. Pero no todo está bien, ya que la incidencia anual de casos se concentró en un reducido grupo de municipios, lo que traduce insuficiente análisis local del riesgo, siendo este un punto principal de análisis y trabajo por parte de la comisión,

Caso 4: Tabaco o salud en Cuba.

Actualmente en Cuba las principales causas de muerte tienen en su base el consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebro vasculares, lo que tiene carácter epidémico grave, dada lo arraigada de esta conducta en la población por la condición de país productor.

Estudios realizados reflejan que "el cubano se considera un pueblo de fumadores" y que el tabaco se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folklore e inclusive a las luchas sociopolíticas. Vale añadir, que el tabaco constituye actualmente para Cuba un importante renglón de exportación que aporta importantes ingresos por exportaciones a la balanza de pagos del país, ocupando entre el sexto y el séptimo lugar en los rubros exportables; por tanto el problema del tabaquismo hay que analizarlo en la paradoja de país productor y la prioridad que a la salud, el gobierno confiere.

La vía para resolver este problema se materializó en una política pública del estado cubano mediante una convocatoria intersectorial, que permitió comprometer numerosos actores sociales de diferentes ramas y esferas del país.

Las acciones para el control del tabaquismo en Cuba han transitado por diferentes etapas:

La prohibición de la publicidad en general, en el año 1960.

En la década 70´ por la colocación de advertencia en los envases de las cajetillas de los cigarrillos y la información sobre la nocividad del tabaquismo, ofrecida mediante los profesionales de la salud y los medios de comunicación social.

En 1985, se ejecutó una campaña para desestimular el hábito de fumar, la que en 1988 se transforma en Programa para la prevención y control del tabaquismo, vigente hasta la fecha, con alcance nacional, carácter permanente, enfoque intersectorial e interdisciplinario.

El Ministerio de Salud Pública, fue designado coordinador nacional, para lo que creó una comisión nacional, de carácter intersectorial y una comisión técnica interdisciplinaria, las que tienen similar estructura a nivel provincial.

La comisión nacional la integran los siguientes organismos e instituciones: Asamblea Nacional del Poder Popular y los órganos locales del poder popular, los ministerios de Educación, Educación Superior, Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, Cultura, Comercio Interior, Economía y Planificación, Finanzas y Precios, Transporte, Comunicaciones, Agricultura, Comercio Exterior, Justicia, Trabajo y Seguridad Social. También participan los Institutos de Aeronáutica Civil, Deportes, Educación Física y Recreación, y organizaciones sociales como Unión de Jóvenes Comunistas, Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, Central de Trabajadores de Cuba y por los medios de comunicación social la Agencia de Información Nacional, Radio y Televisión y la prensa nacionales y provinciales.

La comisión técnica está integrada por profesionales de diversas disciplinas y especialidades. La estrategia del Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba consistió en trabajar, esencialmente, con un enfoque de promoción de salud, sobre las condiciones que generan el hábito de fumar, ofreciendo a la vez, las condiciones necesarias para que los individuos reciban el tratamiento y rehabilitación requerido.

Se agregó además, mediante soporte legal, la protección de la salud del fumador pasivo, se realizó investigación científica diseñada en tres aspectos fundamentales: magnitud del tabaquismo y su repercusión en la situación de salud, priorización de la salud de la población y su calidad de vida y la experiencia nacional e internacional; su resultado permitió la toma de decisiones acertadas en cuanto a política y estrategia nacional, adecuado a las características concretas del país,

Los indicadores de resultados evidencian el cumplimiento de las acciones planteadas en el programa, en lo referente al componente de educación, información y comunicación, con activa participación intersectorial, así como a las de rehabilitación y tratamiento a los fumadores que desean abandonar el tabaquismo. Las investigacio-

nes que lo acompañaron, facilitaron el perfeccionarlo en el orden técnico y la fundamentación para la toma de decisiones.

No sucedió así con las acciones de carácter económico y legal que son las que constituyen barreras de accesibilidad. El precio de los cigarrillos no representa todavía un mecanismo regulador del consumo y las regulaciones y prohibiciones han marchado de manera lenta en comparación con las acciones educativas.

Lecciones aprendidas

El manejo de la intersectorialidad, a escala de toda la sociedad cubana, muestra que:

Los problemas globales de salud, requieren enfoques globales, por lo que resulta imprescindible que sea la dirección del estado la que convoque a la intersectorialidad a nivel nacional, definiendo las tareas que de forma conjunta ejecutaran diferentes sectores de la economía y de la sociedad civil.

Si la estrategia intersectorial, coordinada desde el nivel nacional, ha propiciado positivas modificaciones del cuadro de salud en el país, no se puede subvalorar la falta de sistematicidad en la ejecución de algunas tareas o en el control de otras, aspectos este que pueden resultar barreras para obtener el éxito esperado.

LA INTERSECTORIALIDAD EN CUBA. PROCESOS FORMATIVOS EN EL NIVEL LOCAL. ALGUNOS EJEMPLOS.

Los proyectos de desarrollo local y sus mecanismos de operación

Los proyectos de desarrollo local en Cuba, tienen como premisa la convocatoria del gobierno local, partiendo de problemas detectados por el análisis de la situación de salud. Los problemas seleccionados para integrar los proyectos locales deben cumplir el requisito de haberse analizado y responder a acuerdos de la asamblea provincial o municipal del poder popular, previa consideración técnica del sector correspondiente. Algunos de estos proyectos forman par-

te del convenio Cuba/OPS/OMS y otros son de iniciativa gubernamental o sectorial.

La capacitación resultó mecanismo básico para la implementación de los proyectos de desarrollo local, lo que propició que los integrantes de los equipos de trabajo se apropiaran de nuevas concepciones, hagan uso de la inteligencia colectiva y acepten la inclusión en un mismo escenario, de actores procedentes de diferentes sectores, logrando así se produzca la real intersectorialidad.

A continuación algunos casos, a manera de ejemplos, que son representativos del manejo de la intersectorialidad en el nivel local:

Caso 1: Proyecto global de la provincia de Cienfuegos

La Asamblea Provincial del Poder Popular y su Consejo de la Administración, dirigió, convocatoria a los diferentes sectores y empresas radicadas en el territorio, para accionar sobre problemas que aun persistían en diferentes municipios y comunidades de esa provincia, tales como: deficiente saneamiento ambiental y estilos de vida no saludables en grupos vulnerables. A estos efectos, se plantearon como estrategia intervenciones intersectoriales que respondieran a planes de acción bien estructurados.

El Proyecto global de la provincia de Cienfuegos, bajo la coordinación del gobierno local, se redefinió posteriormente, como el proyecto "Cienfuegos por la Calidad de Vida", quedando organizado en ocho subproyectos específicos -- Educación para la vida, Alimentación nutrición, Recreación sana, Medio ambiente, Bienes, servicios y trámites, Grupos vulnerables sociales, Alcoholismo y tabaquismo, Comunicación social -- que asumieron como estrategia de trabajo, la intersectorialidad, a partir de tareas concretas asignadas a cada sector, organización de masas, gobierno local o comunidad; las tareas encomendadas respondían al plan de acción elaborado de conjunto por un equipo técnico y líderes de opinión.

Se estableció un cronograma de trabajo que incluyó: conformación de grupos focales, realización de talleres y cursos de capacitación, asignación de recursos y actividades cooperativas en el terreno.

Para la elaboración tanto del proyecto global, como de los subproyectos además de identificarse los principales problemas, se determinaron resultados esperados, la fuente de verificación y los indicadores de impactos.

La Presidencia de la Asamblea Provincial dio seguimiento al cumplimiento del plan de acción, según cronograma y realizó evaluación periódica de cada subproyecto en el terreno, para intercambiar con sus actores - directivos de los sectores, presidentes de consejos populares, líderes comunitarios- en cada escenario, comprobando así, cumplimientos, logros y deficiencias. Se exploraron criterios que sobre el proyecto, tenía la población y el equipo de trabajo. Se pudo comprobar que:

El gobierno provincial definió con cada sector las acciones de su competencia, responsabilizando a los presidentes de los consejos con el diagnóstico local, la elaboración en equipo del plan de acción y el control de las actividades.

Fueron manejados con flexibilidad las necesarias adecuaciones del proyecto al ámbito local.

Se culminaron seis subproyectos, quedando pendiente el subproyecto de bienes, servicios y trámites y el subproyecto de comunicación social.

Se realizaron talleres intersectoriales de capacitación en todos los municipios.

Las actividades del proyecto global fueron incluidas en objetivos estratégicos de los sectores según relación con cada subproyecto.

Las comisiones permanentes de trabajo de las asambleas provinciales y municipales, asumieron el acompañamiento al proyecto en las diferentes comunidades.

Se incrementó la dispensarización de personas vinculadas al alcohol, no obstante aún los resultados son insuficientes pues el alcohol

continúa siendo la principal causa de disfuncionalidad en el hogar, conflictos de parejas, violencia social.

Se evaluó como débil el componente divulgación, información y utilización consciente, de conceptos esenciales al desaprovechar estaciones como los consejos de escuelas, las escuelas de padres, las diferentes reuniones del barrio; para transmitir mensajes de salud, que constituyen ahora, líneas prioritarias de trabajo.

Caso 2: Adolescencia y futuro

En el municipio San Cristóbal de la provincia Pinar del Río, el gobierno asumió a solicitud del sector salud, y con el acompañamiento de la OPS un proyecto de desarrollo local dirigido fundamentalmente al trabajo con adolescentes, el que se nombró "Adolescencia y futuro" y tuvo como objetivo estimular cambios de estilos de vida en esa población, para lo que se involucraron y asumieron tareas los sectores y **organizaciones sociales del territorio**, promoviéndose la participación comunitaria e intersectorial.

En el análisis del problema que da origen al citado proyecto se concluye que la solución de las conductas de riesgo de los adolescentes no pueden ser resueltas sólo por el sector salud mediante la elevación de la competencia y desempeño de los recursos humanos o con el mayor y mejor abastecimiento de recursos materiales dirigidos a esta población, sino, que requiere de la participación de otros sectores para alcanzar cambios de estilos de vida en toda la población y que sean incorporados progresivamente por los adolescente.

Se utilizó fundamentalmente como metodología, la incorporación de técnicas promocionales, una vez identificados los intereses del grupo y las barreras representadas por los adultos. Resultó fundamental para obtener éxito el proporcionarles los adolescentes los medios necesarios para una mejor comunicación, fundamentalmente con sus padres.

Se creó un equipo de trabajo, coordinado por el gobierno local, el que elaboró un plan de acción con enfoque intersectorial. Estas son algunas de las tareas previstas:

Elaboración de las estrategias de trabajo basadas fundamentalmente en técnicas de comunicación social, educación en el trabajo y práctica de deportes.

Se estableció como centro promotor del proyecto el anfiteatro de la comunidad dada su marcada afluencia poblacional.

Como parte del proyecto se delimitaron las actividades vinculadas con el aspecto económico con vista a garantizar, la planificación y control de los recursos internos e inversiones diversas derivadas de la cooperación intersectorial.

Se planificó y desarrolló un programa de capacitación dirigido a los diferentes sectores y organizaciones sociales.

Creación de áreas deportivas, recreativa y sala de televisión como espacios de reflexión.

El proyecto Adolescencia y futuro permitió la capacitación de los adolescentes en temas como prevención de enfermedades de transmisión sexual, factores de riesgo, acciones contra el tabaquismo y el alcoholismo, violencia y embarazo precoz.

Para ello se diseñó el trabajo por etapas: en la primera etapa se crearon las condiciones para la sensibilización de cada uno de los grupos, así como la motivación a través de los medios de comunicación; en una segunda etapa se enfatizó en la realización de actividades con población abierta a partir de actividades recreativas, como opciones para el empleo adecuado del tiempo libre, siempre coordinadas por salud con la participación de sectores como el de educación, deportes y cultura.

Caso 3: ECO-SALUD

En el municipio Cárdenas, de la provincia Matanzas, se desarrolló un proyecto relacionado con la promoción en calidad de vida desde la atención primaria de salud, el cual, se realizó con enfoque salubrista y tuvo como premisa, los problemas que históricamente han afectado a dicha ciudad, debido a su posición geográfica por debajo del nivel del mar, la que provoca contaminación indiscriminada de

las aguas de la bahía y acumulación de las aguas pluviales en las zonas bajas de los barrios La Marina y Fundición, lo que resultó agravado por la carencia de alcantarillados y de un sistema eficiente de evacuación de las aguas negras o albañales, situación que se empeoró, después de la construcción de un conjunto de obras que han cerrado canales y zanjas.

La Secretaría de la Asamblea Municipal convocó a todos los sectores radicados en el territorio, incluidos las empresas de subordinación provincial o nacional, para que asumieran tareas. Se estableció un equipo intersectorial de trabajo con los representantes de los sectores convocados, y en el caso del sector salud, aportó un grupo interdisciplinario de especialistas del área de higiene y epidemiología, además de médicos y enfermeras de la familia. Como tarea se elaboró y ejecutó el proyecto "Promoción de calidad de vida en la atención primaria ambiental" con enfoque salubrista.

Las acciones intersectoriales coordinadas por el proyecto permitieron:

Realizar un amplio proceso de capacitación dirigido a los recursos humanos de los sectores involucrados.

Desarrollar audiencias sanitarias, proyecciones de videos sobre el proyecto ECO-SALUD.

Generar un movimiento de educación ambiental en la población de Cárdenas, que incluyó, los trabajadores del sector salud, educación y otros sectores que asumieron el enfoque salubrista.

Crear un área para la práctica del deporte en una zona donde existía un micro vertederos.

Evaluar sistemáticamente las acciones intersectoriales dirigidas a la solución física de problemas.

Caso 4: Organizaciones de masas y sociales que participan en la intersectorialidad.

En las comunidades se presentan problemas de salud que afectan el bienestar de su población y que para modificarlos se requiere de la participación integrada de las organizaciones de masas, como elemento conciliador, ya que aglutinan a la sociedad civil, con espacio para aceptar cualquier miembro de la comunidad que lo solicite.

Estas organizaciones aunque tienen cobertura nacional, su gran membresía radica en la comunidad. Dentro ellas se registran: Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Comités de Defensa de la Revolución (CDR), Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media (FEEM), Federación de Estudiantes Universitarios (FEU), Central de Trabajadores de Cuba (CTC), Organización de pioneros José Martí (OPJM). Por otra parte, participan también organizaciones sociales como la **Asociación de Impedidos Físicos (ACLIFIN)**, **Asociación Nacional de Sordos (ANSOS)**, **Asociación Nacional de Ciegos (ANCI)**.

El funcionamiento de estas organizaciones amplía y consolida el enfoque intersectorial, pues representan grupos de población con amplias posibilidades e influencia en la sociedad.

Dentro de su plan de acción con enfoque intersectorial, se incluyen tareas para abordar problemas de salud priorizados como:

La Federación de Mujeres Cubanas (FMC), estableció el movimiento de brigadistas sanitarias que involucra voluntariamente a mujeres con el objetivo de abordar a nivel comunitario problemas de salud que afectan fundamentalmente a las mujeres y los niños. Dentro de las acciones priorizadas realizadas en coordinación con el sector salud se destacan:

Cursos de preparación en temas de salud y comunicación social, para las brigadistas sanitarias, impartidos por profesionales de los diferentes sectores.

La promoción y control del programa de cobertura total de citología vaginal.

Cursos dirigidos a las gestantes y su pareja sobre preparación psicofísica para el parto.

Capacitación a la pareja y familia sobre promoción para la lactancia materna.

Creación de las Casas de orientación a la mujer y la familia, centros comunitarios para la capacitación y la consultaría de la familia sobre problemas de salud.

Los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) promueven y coordinan acciones intersectoriales de conjunto con la comunidad, partiendo de la población organizada por barrios, algunos de sus principales logros son:

Las donaciones voluntarias de sangre, garantizando este valioso producto de forma gratuita a toda la población que lo necesita, actividad que se realiza con un enfoque ético y humanista.

Convocan a la realización de campañas de higienización ambiental con enfoque de participación familiar.

Participación activa en el control y cumplimiento del programa de vacunación contra la poliomielitis.

La Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP) estableció convenio de trabajo con el sector salud para proteger nutricionalmente a grupos vulnerables, lográndose:

La entrega de leche, fruta y vegetales para las gestantes que permanecen en los Hogares Maternos (centro de referencia comunitaria).

Construcción y habilitación de consultorios médicos de familiar en comunidades campesinas.

Modificación de situaciones higiénico-epidemiológicas desfavorables en comunidades campesinas.

La Asociación de Impedidos Físicos (ACLIFIN), Asociación Nacional de Sordos (ANSOS), Asociación Nacional de Ciegos (ANCI), realizan convocatoria de carácter intersectorial, para beneficiar a grupos poblacionales vulnerables, con acciones tales como:

La garantía de empleos.

Las posibilidades de estudios.

Eliminación de barreras arquitectónicas.

Las tareas realizadas por estas organizaciones sociales, partiendo de su plan de acción han contribuido a la positiva modificación de indicadores de salud, como:

Baja tasa de mortalidad infantil y materna.

Baja tasa mortalidad preescolar y escolar.

Reducción del cáncer cérvico uterino.

Recuperación nutricional de embarazadas y niños.

Elevado índice de parto institucional.

Cobertura total de inmunizaciones, contra 13 enfermedades prevenibles por vacunas.

Reducción del índice de bajo peso al nacer.

Más de 500 000 donaciones de sangre voluntarias que se realizan cada año, lo que ubica a Cuba dentro de los países que logra una donación voluntaria por cada 20 habitantes.

Caso 5: La prevención del dengue a nuestro alcance. Enfoque de ECO-SALUD.

La transmisión de dengue en Cuba se reporta desde 1943, aunque en la última década la disminuido el tiempo entre las epidemias. La situación geográfica de Cuba y el intercambio permanente con países cercanos con alta incidencia de dengue constituye un riesgo permanente por la entrada de personas infectadas con el virus procedente de estas áreas, algunas de las cuales no presentan manifestaciones clínicas de la enfermedad, pero pueden

transmitirla si resultan picados por un mosquito *Aedes aegypti*.

La eliminación del vector del entorno es la única forma de evitar su transmisión.

Una comisión multidisciplinaria formada por nuestro Gobierno, el Ministerio de Salud Pública e Instituciones de Investigación como el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK) y el Instituto Nacional de Higiene Epidemiología

y Microbiología (INHEM), propuso el desarrollo de un Sistema de Vigilancia Integrado para la prevención de dengue, en el que se integra el análisis sobre el medio ambiente, el vector y el huésped en un solo sistema de vigilancia,

que inserta la participación de la comunidad, y la intersectorial-participativa con el propósito de prevenir la transmisión. Su implementación requirió del conocimiento local conjuntamente con la participación de los responsables de la toma de decisiones, para lograr un balance óptimo entre la salud humana, el bienestar, y la protección del medio ambiente.

El área de estudio fue el municipio Cotorro de Ciudad de La Habana.

Para el desarrollo de la estrategia, se incorporó a los presidentes de los grupos vecinales al Consejo por la Salud de manera permanentemente, y el liderazgo para las acciones se compartió entre el Gobierno y los grupos vecinales. Además se desarrollaron acciones

para obtener la participación de la comunidad y su integración al Consejo por la Salud.

La conducción del Consejo por la Salud con el propósito de mejorar la salud consta de los pasos siguientes:

Chequeo del plan de acción,

Análisis de la situación epidemiológica:

- Ambiente (representante del PIHA)
- Vector (Jefe de Brigada de Vectores)
- Biología humana y estilos de vida (médico de familia)

3. Reporte de la vigilancia comunitaria

4. Análisis de los problemas sin solución en la comunidad con los organismos

5. Negociación de las soluciones con los sectores

6. Plan de Acción

Algunos indicadores representativos del éxito de la aplicación de la estrategia

en el Consejo Popular 1 del municipio Cotorro fueron:

- Disminución del número de depósitos con agua no protegidos, principalmente tanques bajos sin tapa o con tapa en mal estado, de 62% a 8%. El número total de depósitos es de 4.678.
- Del total de patios presentes en el territorio (4.878), 16% no estaban saneados al inicio del estudio; desde hace dos años, los no saneados están por debajo de 1%.

- Disminución en 30% del número de viviendas cerradas que no son inspeccionadas por el trabajador de control de vectores en su visita periódica.

- Al inicio, el 85% de los focos del vector se encontraban en tanques ubicados en los patios de las viviendas; en el 2005, solo 29% estaban en ellos. Dos años después de concluida la investigación, ya no se detectan focos

en depósitos ubicados en las viviendas sino solo en larvitrampas colocadas por el sistema de vigilancia.

- El número de sectores involucrados en la gestión del ecosistema que participan activamente en los Consejos por la Salud se incrementó de 2 (Servicios

Comunales y Acueducto y Alcantarillado) al inicio de la investigación a 5 a finales del 2005 (se sumaron Agricultura, Microsocial y Viales).

- Se incrementó en un 45% la satisfacción de la población y de los sectores con la solución de los problemas ambientales. Esto se midió en un Consejo por la Salud al que asistieron 120 personas.

- Disminución del tiempo de solución del 32% de los problemas identificados.

Los resultados obtenidos demostraron la importancia de la participación comunitaria e intersectorial en la vigilancia y el control de determinantes ambientales, en la aparición de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*; lo cual redujo significativamente la incidencia de dengue en la localidad.

Para incorporar la estrategia a la práctica cotidiana se sugiere partir de su análisis con los representantes de los sectores de la economía, del gobierno local y con otros participantes en el Consejo por la Salud, para luego adecuarla a las condiciones concretas, y ulteriormente negociar con el gobierno municipal su puesta en marcha. Luego de su adopción, en los primeros encuentros de los Consejos por la Salud se deben identificar las necesidades de

aprendizaje de los involucrados, para a través del método Aprendiendo a hacer que posibilite que los dirigentes, líderes y la población aporten sus conocimientos y experiencias favorecer el intercambio, el aprendizaje mutuo y la mejora de las prácticas.

Caso 6: Prevención indirecta de caries dental en la temprana infancia.

La caries dental puede aparecer en edades muy tempranas de la vida, e influenciar la salud bucal en edades posteriores, incluso en la adultez, originando además dolor dental y como consecuencias afectación en el sueño, los juegos infantiles y en la alimentación, esto último sumado a la pérdida dentaria que frecuentemente ocasiona pudiera redundar en alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños; a veces para tratarla se requiere de hospitalización y(o) empleo de anestesia general, lo cual genera un alto costo económico y social.

Específicamente la caries de la temprana infancia tiene entre sus principales causales el alto grado de infección por *Streptococcus mutans* en las madres y otras personas convivientes en los niños que portan altos grados de infección del microorganismo y en conductas desfavorables vinculadas a los hábitos alimenticios, de higiene bucal y de interrelación con el niño.

Valorando lo anterior se realizó una estrategia intersectorial educativo-preventiva participativa en el municipio Habana Vieja con el objetivo de disminuir la afectación por caries de la temprana infancia en el área Aballí del municipio.

Pasos de la estrategia:

Identificación de problemas a través del análisis de la situación de salud epidemiológica en el componente bucal en niños ≤ 4 años y en sus madres y otros familiares convivientes respecto a:

El nivel de conocimiento y actitudes de las madres en relación a la caries dental en sus hijos ≤ 4 años.

Nivel de infección por el microorganismo *Estreptococos mutans* en madres, familiares y sus niños ≤ 4 años.

Porcentaje de madres y familiares con caries cavitadas.

Prevalencia de caries dental en niños ≤ 4 años

Nivel de satisfacción de las madres de niños ≤ 4 años con la atención estomatológica.

2. Priorización de problemas con la participación de el director municipal de salud, el asesor municipal de estomatología, el J' del grupo básico del área de salud, J' del grupo de investigaciones de estomatología, Estomatólogos, Técnicas de atención estomatológica, estudiantes de estomatología en la práctica preprofesional, representantes de: la dirección de los círculos infantiles, de las asistentes de los círculos infantiles, de las madres y otros familiares de los niños, del poder popular, de la Federación de Mujeres Cubanas, y de MEDICUBA

3. Toma del acuerdo de implementar estrategia educativo-preventiva con el apoyo de los sectores participantes para mejorar los indicadores de salud bucal en la temprana infancia.

4. Propuesta de intervención según la matriz DAFO por parte de los participantes del sector salud

5. Consulta de la propuesta de intervención con los representantes de los otros sectores participantes para su aprobación luego de incorporar las sugerencias.

6. Capacitación:

del personal de la estomatología encargado de ejecutar el proyecto.

del personal estomatológico que preparó e impartió actividades educativas a las asistentes de los círculos infantiles, a las madres y otros familiares de los niños.

de las asistentes de los círculos infantiles, a las madres y otros familiares de los niños.

7. Ejecución del plan de intervención intersectorial.

8. Monitoreo del plan de intervención intersectorial y supervisión por parte del asesor municipal de estomatología.

9. Evaluación del plan de intervención intersectorial por parte del J' del grupo de investigaciones de estomatología y un estomatólogo previamente calibrados.

10. Información a los sectores involucrados de los resultados del proceso

Indicadores alcanzados:

Reducción del bajo nivel educación de las madres de niños ≤ 4 años en 78.9%

Reducción de 82.5% en la cifra de madres y familiares con caries sin tratar.

Reducción del 100.0 % de la alta infección en madres y familiares.

Se alcanzó un 61.7 % de niños con bajos niveles de infección al arribar a los 3 años de edad (al inicio de la intervención tenían entre 6 meses y un año y 6 meses).

Se alcanzó un 65.5 % de niños sanos al arribar a los 3 años de edad.

Reducción del 100.0 % de la alta infección de los niños al llegar a los 4 y 5 años de edad (al inicio de la intervención tenían entre 2 y 3 años).

Se alcanzó un 88.9% % de niños sanos al arribar a los 4 y 5 años de edad.

Reducción de 95.1% en la insatisfacción de las madres con la atención estomatológica a sus niños.

Lecciones aprendidas

En la experiencia cubana los proyectos de desarrollo local, coordinados por el gobierno o convocados por sectores de relación o líderes comunitarios posibilitan la solución de problemas comunes a comunidades o modifica positivamente el estado de salud de grupos vulnerables. Sin embargo, para obtener resultados, se requiere de constancia en su seguimiento y flexibilidad en el abordaje de las tareas en base a las necesidades y cultura locales, evaluaciones periódicas y el trabajo de líderes capaces, para percibir oportunamente cuando se requiere hacer cambios.

CONCLUSIONES

En la República de Cuba el sistema único de salud y la voluntad política manifiesta y sostenible ha posibilitado que la intersectorialidad se convierta de pensamiento en acción, en cuanto a la ejecución de proyectos integrados entre el sector salud y el resto de la sociedad organizada y para la formación de competencias intersectoriales.

Las variantes de acción intersectorial realizadas en el país, que incluyen distintos tipos de modalidades formativas, integran la tradición de participación comunitaria en salud con la acción intersectorial para la protección y el mejoramiento de la salud, el bienestar y de la calidad de vida de la población.

No obstante en términos de procesos formativos e intersectorialidad aún no se ha logrado todo lo esperado en base a las potencialidades existentes.

El nivel educativo de la población cubana, su estratificación socio-económica y los procesos de coordinación existentes, harán posible

todo lo esperado en materia de intersectorialidad, indispensable para alcanzar e incrementar la salud de la población cubana.

BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez Valdés AM, Díaz Pantoja C, García Melian M, Piquero ME, Torres Y, Cuellar L et al. (2007). Sistema integrado de vigilancia para la prevención de dengue. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>? [Consultado 17 Marzo 2008].

Álvarez Pérez A G, Garcia Farinas A, Rodriguez Salva A. Bonet Gorbear V. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Disponible en: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>? [Consultado 5 de abril del 2008].

Carnota, O. (2000). El camino hacia el alto desempeño. Ciudad Habana. ENSAP.

Carnota, O. (2007). Gerencia sin agobio. 2da Edición Ciudad Habana. ENSAP.

Carnota O (2005). Tecnologías Gerenciales. Libro Editorial Ciencias Médicas. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Castell-Florit, P. (2002). Los Proyectos de municipalización: Un reto al desarrollo sostenible en salud y al bienestar. Tercer Taller Nacional de Proyectos de Municipalización. Ciudad Habana: ENSAP.

Castell-Florit, P. (2002) La intersectorialidad. Su beneficio social en la salud y bienestar de la población Cubana, en Folletos Gerenciales. Publicaciones Periódicas. Centro Coordinador de Estudios de

Dirección. Ministerio de Educación Superior. Página 4. Ciudad Habana. MES.

Castell-Florit, P. (2002). Caracterización de los sistemas de salud en el mundo. Folleto. Ciudad Habana: ENSAP.

Castell-Florit P. (2003) Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial en Gerencia en Salud.(pp.1-6). Tomo III. Ciudad Habana: ENSAP.

Castell-Florit, Serrate P. (2007). La intersectorialidad en la práctica social. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas,

Castell-Florit P (2005) Integración e integralidad en el pensamiento, conocimiento y la acción. Folleto Ciudad Habana ENSAP.

Camejo Digna Castell-Florit P. (2004). Intersectorialidad. Intenciones en el mundo La realidad cubana. Folleto. Ciudad Habana. ENSAP.

Díaz de la Cruz AM. Fuentes O, Torres Y. (2004). La prevención del dengue a nuestro alcance. Ciudad de La Habana. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri."

Espinosa Brito A. (1995). A propósito de la constitución de la red cubana de municipios por la salud. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?> [Consultado 17 Marzo 2008].

García Melián M, Mariné Alonso M de los Á, Díaz Pantoja C, Concepción Rojas M, Valdés Ramos. (2007). El componente ambiental de la vigilancia integrada para el control y la prevención del dengue. Rev Cubana Hig Epidemiol. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n1/hie07107.pdf> [Consultado 17 Marzo 2008].

Marine Alonso M de los Á, Garcia Melian M, Torres Rojo Y et al. (2008). Comparación de datos de la vigilancia ambiental y de grupos vecinales para prevenir el dengue. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?> [Consultado 17 Marzo 2008].

Martínez Calvo, S. (2001) El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba en Gerencia en Salud. (pp. 17-36) Ciudad de La Habana. ENSAP (Ed)

Rojas, F (2003) El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En [Versión electrónica] Revista Cubana de Salud Pública. 29 (1): 7.

Rodríguez, Milord D; Sánchez, Carmona AM, Sánchez-Tarragó, N; Bombino Companioni, Y; Montalvo G. (2007). Proyecto de Salas de Análisis de Situación de Salud y Calidad de Vida. Bases de su desarrollo perspectivo. [En línea]. Reporte Técnico de Vigilancia 12(5). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/articulosala1.pdf> [Consultado: 12/12/08].

Suárez, N. (1999) Movilización y Comunicación Social: ciencias sin fronteras en función de la salud. Ciudad de La Habana. ENSAP

Suárez, N. (2008) Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria Libro Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.