

Evaluación del proceso de intervenciones comunitarias para la prevención y control de los factores de riesgo y enfermedades no transmisibles (2003-2005)

Assessment of community intervention process for prevention and control of risk factors and non-communicable disease (2003-2005)

Lilliam Ferrer Ferrer,^I Mariano Bonet Gorbea,^{II} Karen Alfonso Sagué,^{III} Mayda Guerra Chang,^{IV} Anai García Fariñas,^V Pol de Vos^{VI}

^I Máster en Nutrición. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. Investigador Agregado. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. INHEM. La Habana. Cuba.

^{III} Licenciada en Matemática. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

^{IV} Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Marcio Manduley". La Habana, Cuba.

^V Máster en Economía de la Salud. Asistente. Investigadora Agregada. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Instituto de Farmacia y Alimentos. Universidad de La Habana.

^{VI} Máster en Salud Pública. Médico Investigador. Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical "Príncipe Leopoldo". Antwerpen, Bélgica.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La teoría y la experiencia acumulada muestran que las intervenciones comunitarias en las enfermedades no transmisibles se deben planificar, ejecutar y evaluar de acuerdo con principios y normas nítidos, y que se debe colaborar con todos los sectores de la comunidad.

MÉTODOS: Se diseñó una metodología de evaluación para identificar los progresos y mejorar el desempeño de intervenciones comunitarias en tres municipios del país (Cienfuegos, Yaguajay y Centro Habana) para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La evaluación se realizó en términos de insumos, proceso y productos.

RESULTADOS: En el período 2003-2005 en los tres municipios se apreció una reorientación de los servicios de salud hacia la prevención de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo mediante el equipamiento de 16 consultorios médicos, la creación de 11 clínicas de deshabituación tabáquica y la realización de 352 actividades preventivas con la implicación de los promotores de salud y con el uso de los fondos adecuadamente para los fines previstos.

CONCLUSIONES: Los procesos de intervenciones comunitarias para la prevención y control de los factores de riesgo y enfermedades no transmisibles en los tres municipios han sido diferentes. No obstante, las tres intervenciones comunitarias coinciden en promover y posicionar la participación social organizada, concertada y comprometida de la ciudadanía para empoderar una cultura de la salud, con el respeto a su diversidad cultural, generacional y de género, y el logro de prácticas que conduzcan a estilos de vida y ambientes saludables.

Palabras clave: Intervención comunitaria, enfermedades no transmisibles, factores de riesgo, evaluación de proyecto, promoción de salud.

INTRODUCTION: Theory and experience gained show that community interventions in non-communicable diseases must to be planned, carried out and to assessed according to clear standards and principles and that there must to exist a cooperation with all community sectors.

METHODS: An assessment methodology was designed to identify the advances and to improve the performance of community interventions in three municipalities of our country (Cienfuegos, Yaguajay and Centro Habana) for intervention and control of non-communicable diseases. Assessment was carried out in terms of reinvestments, process and products.

RESULTS: During 2003-2005 in three municipalities there was a reorientation of health services to prevention of non-communicable diseases and its risk factors by equipping of 16 medical consulting rooms, the creation of 11 clinics for quit smoking and the carrying out of 352 prevention activities of health promoters and with a proper use of funds to prevention aims.

CONCLUSIONS: The community intervention processes for prevention and control of risk factors and non-communicable diseases in the three municipalities has been different, however, the three community intervention coincides at to promote and to supply the organized, arranged and compromised social participation of the citizenship to strengthen a health culture regarding its cultural, generation and of genre diversity and the achievement of practices aimed to a healthy life and environment.

Key words: Community intervention, non-communicable diseases, risk factors, project assessment, health promotion.

INTRODUCCIÓN

En combinación con las actividades curativas y de rehabilitación, el desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamentan la organización y el trabajo de los equipos de atención primaria. La Organización Mundial de la Salud considera imprescindible la participación y responsabilidad de las comunidades para el desarrollo de su salud, y la atención primaria orientada a la familia y la comunidad como una de las principales estrategias de actuación. Una primera descripción del amplio abanico de actividades de promoción de la salud puede realizarse teniendo en cuenta distintos puntos de entrada: los agentes que intervienen en la planificación, ejecución y financiación; la metodología de actuación, los escenarios y las áreas de trabajo.¹

Las actividades comunitarias son aquellas actividades en un territorio que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.²

En las últimas décadas, luego de que las enfermedades crónicas reemplazaran a las enfermedades infecciosas como la principal causa de muerte en la población, los investigadores de salud pública, en particular aquellos en el campo de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades crónicas, comenzaron a prestar más atención a la comunidad, tras reconocer que los cambios comunitarios fomentan y ayudan a mantener los cambios conductuales individuales.³

Actualmente existe un creciente interés por conocer los resultados de las intervenciones en salud pública;⁴ la evaluación de estas constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud. Independientemente de que existan o no modelos de evaluación consolidados, es necesaria una estrategia que con cierta solvencia y rigor permita conocer los resultados de dichas intervenciones.⁵

La evaluación es uno de los términos más utilizados en salud pública;⁶ es una apreciación sistemática y objetiva de un proyecto, programa en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo.⁷

La gran carga que las enfermedades crónicas y las lesiones tienen en los países de bajos y de medios ingresos se reconoce bien.⁸ El incremento general de la carga global y los distintos patrones en las diferentes regiones puede explicarse mediante la transición epidemiológica.⁹

En casi todos los países de América Latina y el Caribe las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud. Entre estas últimas se destacan, por su importante aumento, las enfermedades no transmisibles (ENT), que incluyen problemas cardiovasculares, cánceres, diabetes y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros.

El envejecimiento poblacional se inserta como uno de los factores de riesgo más importantes para el padecimiento de las ENT; de ahí la importancia de prevenir o retrasar estas enfermedades, no solo por su cuantía, sino por su velocidad, la carga de ENT y su elevado costo.¹⁰ La población cubana actual muestra el 16 % de personas con más de 60 años.¹¹

La quincuagésima tercera Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo del 2000, abordó la carga creciente que suponen las ENT y adoptó la *WHO Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.¹²

En el año 2004 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionados con las dietas poco saludables y la inactividad física.^{13,14} El objetivo enunciado por la Organización Mundial de la Salud es reducir las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en 2 % anualmente.¹⁵ Las medidas de prevención poblacional han demostrado ser una intervención eficaz en términos del costo en estudios nacionales y comunitarios, si bien sus beneficios se observan a mediano plazo.¹⁶

En este artículo nos proponemos exponer y debatir algunos de los aspectos y experiencias más importantes en la evaluación del proceso en la ejecución del proyecto M3M/Intal (Organización No Gubernamental belga) en Centro Habana, Yaguajay y Cienfuegos, para la prevención y control de los factores de riesgo y enfermedades no transmisibles (ENT) a partir del análisis de los principales resultados de la evaluación en términos de insumos, proceso y productos.

ANTECEDENTES

En Cuba existe un proyecto de intervención comunitaria en Cienfuegos, primer municipio en América Latina que se incorpora oficialmente al movimiento de municipios saludables. El Proyecto Global de Cienfuegos (PGC) contiene un enfoque integrado de factores de riesgo comunes que incluye voluntad política, intersectorialidad y participación social. La medición inicial de este proyecto, que se realizó entre 1991 y 1992, reveló que los marcadores de riesgo asociados a las principales ENT eran muy prevalentes en el municipio de Cienfuegos, tanto en un sexo como en el otro, incluidos los grupos más jóvenes.¹⁷

A finales de 1993 se comenzó a laborar en el municipio de Yaguajay un proyecto de promoción de la salud en aras de incrementar la salud y la calidad de vida de la población, con énfasis en la búsqueda de indicadores positivos de salud que contribuyeran a fomentar estilos de vida saludables y reducir factores de riesgo comunes de las enfermedades no transmisibles. En 1994 se insertó en el movimiento de municipios por la salud para implementar en la práctica el concepto que identifica la salud como el completo bienestar físico psíquico y social (Bonet M, Louro BI, Ochoa R. Diagnóstico inicial de las familias en Yaguajay con el uso de indicadores positivos. Informe de investigación. Proyecto Yaguajay. 1995).

A partir de 1998 surgió el proyecto Dragones en el municipio de Centro Habana. Desde su ejecución se insistió en la capacitación de los profesionales y técnicos de la salud en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para lograr un comportamiento más sano en la población en relación con el tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio físico y control de la tensión arterial entre otros. También el desarrollo de conductas preventivas, tanto para la prevención primaria de enfermedades, como para su diagnóstico precoz; la captación y preparación de promotores de salud para apoyar las acciones preventivas y el fortalecimiento de la infraestructura de los consultorios, el policlínico, la dirección de salud y el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología (INHEM) para dar soporte a la capacitación, educación y atención a las personas con factores de riesgo y ENT.¹⁸

En el año 2003 se inició la extensión del proyecto Dragones a las restantes cuatro áreas de salud del municipio de Centro Habana (urbano) y a los municipios de Yaguajay (rural) y Cienfuegos (urbano - rural); ante la necesidad de realizar una evaluación sistemática de las intervenciones en los tres municipios se diseñó una metodología, la cual definió normas y procedimientos para su aplicación.

MÉTODOS

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Se realizó un estudio de intervención, donde el universo estuvo representado por la población adulta de 15 años y más de los municipios de Centro Habana, Yaguajay y Cienfuegos.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto estuvo basado en dos pilares fundamentales: el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) y la participación activa de la población en el manejo preventivo de los factores de riesgo (FR) y las enfermedades no transmisibles. La creación de ambientes que favorezcan la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud constituyeron otros de los elementos esenciales en la ejecución del proyecto.

En el período 2003-2007, el proyecto fue financiado por la Organización No Gubernamental (ONG) belga M3M/Intal, con apoyo de la dirección general de cooperación al desarrollo del gobierno de esa nación. Para implementar el proyecto, el cual fue consultado y aprobado por las autoridades de salud y los gobiernos de los municipios de Centro Habana, Yaguajay y Cienfuegos, se creó un grupo de trabajo conformado por los directores municipales de salud de las respectivas localidades, un representante del INHEM y otro de la ONG belga. Participaron, además, los representantes de las organizaciones sociales y los directores de los policlínicos.

La evaluación del desempeño de las intervenciones en los tres municipios se basó en datos sobre proceso y ejecución, correspondientes al período 2003-2004. Se diseñaron indicadores relevantes de insumo, proceso y productos.^{7,19-21}

El enfoque de la evaluación se realizó con el uso de técnicas cuantitativas (EPI-CLUSTER)^{22,23}, técnicas cualitativas, visitas de supervisión en el campo y la aplicación de un conjunto de instrumentos evaluativos validados, que permitieron monitorear y evaluar las tres intervenciones con una metodología homogénea.

RESULTADOS

CIENFUEGOS

Insumos

En el período 2003 - 2004 hubo un total de inversión de 41 625,34 cuc (figura 1).

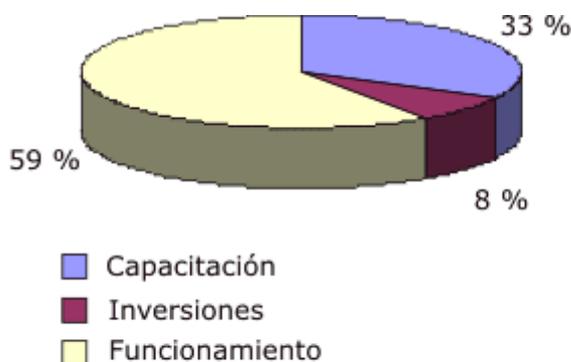


Fig. 1. Distribución del presupuesto 2003-2004. Informe técnico-financiero.

Procesos

De los 210 encuestados, 39,4 % padecen de alguna enfermedad no transmisible. De estas personas, 62,5 % refirieron haber sido atendidos por el médico y/o enfermera de la familia: 58,7 % en el consultorio; 6,5 % en el hogar y 34,8 % tanto en la casa como en el consultorio. El 65,1 % refirió haber recibido orientación sobre estas enfermedades por diversas vías.

Del total de encuestados, que abarcan todos los Consejos Populares del municipio, el 33,0 % refirió conocer el proyecto; de ellos, el 71,0 % a través del equipo básico de salud, el 14,5 % por medio de la televisión, y el 23,2 % fue enterado por otra institución de salud.

Productos

- Capacitación del personal de salud. En el período 2003 - 2004 se realizaron un total de 15 sesiones de formación que cubrieron los aspectos teóricos y prácticos correspondientes a los cursos de actualización en el manejo de las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, comunicación social en salud y diplomado sobre metodología de educación popular.
- Se crearon seis bibliotecas virtuales en formato de CD para las áreas de salud y se diseñó un sitio Web para la publicación de la información, y creación del libro Buenas Prácticas en el manejo de ENT y FR.
- Se fortaleció la infraestructura. Se inauguró el Centro de Atención Integral al Diabético y para la prevención de las ENT, y se repararon 10 consultorios médicos de familia en los que se renovó el mobiliario.
- Educación de personas con factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Se crearon 8 clínicas de deshabituación y 7 grupos comunitarios de discusión y se desarrollaron en el municipio un total de 54 actividades educativas, 1 curso sobre manejo de ENT y sus factores de riesgo (Universidad de la 3ra. Edad) con el 48 % de abuelos capacitados.
- Actividades Comunitarias. En el período 2003-2004 fueron seleccionados un total de 48 promotores de salud; se escogieron 12 promotores por cada zona (4 zonas) y se declararon 8 unidades libres de humo. Las actividades comunitarias se realizaron en los barrios con participación de los profesionales de la salud y de la comunidad, algunas de ellas relacionadas con la celebración de días mundiales. Dentro de ellas se destacaron: el maratón por la salud en saludo al Día mundial de la lucha contra el cáncer, los concursos infantiles *Mi papalote por la salud*, y *¿Qué puedes hacer por tu seguridad vial?*, ambos por el Día Mundial de la Salud. Se realizaron, además, tres concursos: *Deja de fumar y gana*, por el Día Mundial de la lucha contra el tabaquismo; concurso infantil *Conoce tu peso corporal*, por el Día Mundial de la Alimentación; y el maratón *Caminando por la salud*, por el Día Mundial de la Lucha contra la Diabetes. Se creó y se validó el logotipo del proyecto.

YAGUAJAY

La distribución del financiamiento se describe a continuación (figura 2):

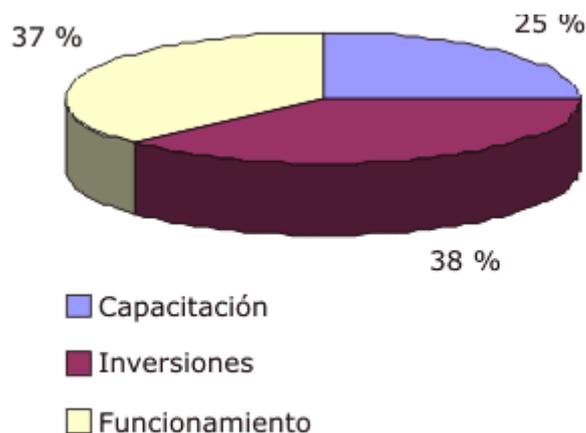


Fig. 2. Distribución del presupuesto 2003-2004. Informe técnico-financiero.

Procesos

De los 210 encuestados, el 68,4 % padecen de alguna enfermedad no transmisible; de ellos, el 98 % refirió ser atendidos adecuadamente por el médico y/o enfermera de la familia: el 84,6 % tanto en la casa como el consultorio. El 96,9 % señaló que había recibido orientación sobre estas enfermedades por diversas vías. Del total de encuestados, que abarcan todos los Consejos Populares del municipio, el 63 % aseguró conocer el proyecto.

Productos

- Capacitación del personal de salud. En el período (2003 -2004) se realizaron un total 18 de sesiones de formación que cubrieron los aspectos teóricos y prácticos correspondientes a cursos de actualización en el manejo de las ENT y FR, estrategia de comunicación social. Se distribuyó e implementó el manual de guías prácticas preventivas elaborado por distinguidos profesores del municipio de Cienfuegos.
- Fortalecimiento de la infraestructura. Se repararon y equiparon 6 consultorios del médico de la familia. Durante el primer semestre del año fue remodelado el Centro de Información de Ciencias Médicas del municipio.
- Educación de personas con FR y ENT. Se crearon la consulta municipal de deshabituación tabáquica y los gimnasios fisioterapéuticos; se produjo la formación de grupos de orientación y recreación del adulto mayor (GOR), la formación de grupos de autoayuda mutua (GAM) en las áreas de salud con 18 % de pacientes incorporados, y durante el 2003 se incrementó la formación de los círculos de abuelos, con lo que se potenció la participación de los adultos mayores en la Universidad Geriátrica.
- Actividades Comunitarias. Se realizaron 16 ferias comunitarias por la salud en cada Consejo Popular, dos encuentros entre promotores de salud de la comunidad, con 33 y 42 % de participación en cada uno, y la implementación de talleres sobre deshabituación tabáquica en cinco consejos populares con más de 200 participantes. Fue creado y validado el logotipo del proyecto.

CENTRO HABANA

De un total de 91 494,19 cuc se distribuyó el presupuesto de la siguiente forma (figura 3):

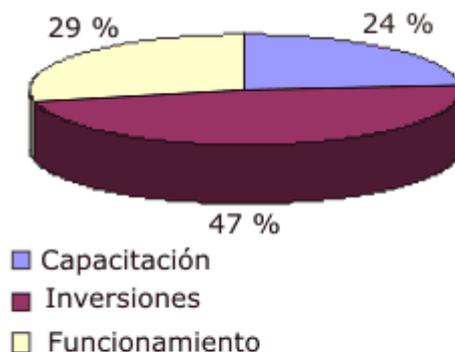


Fig. 3. Distribución del presupuesto 2003-2004. Informe-técnico financiero.

Procesos

De los 210 encuestados, 53,1 % padecen de alguna enfermedad no transmisible. De estas personas, el 92,7 % refirió ser atendidos por el médico y/o enfermera de la familia: el 37,9 % tanto en la casa como en el consultorio. El 97,1 % expresó que había recibido orientación sobre estas enfermedades por diversas vías.

En la evaluación cuantitativa en el municipio de Centro Habana, del total de encuestados —que abarcan todos los Consejos Populares del municipio— el 51,5 % refirió conocer el proyecto M3M; de ellos, el 94 % a través del equipo básico de salud, el 14,9 % por medio de la televisión y el 11,9 % fue enterado por un vecino de la comunidad.

Productos

- Capacitación del personal de salud. En el período (2003 -2004) se realizaron 20 sesiones de formación que cubrieron los aspectos teóricos y prácticos correspondientes a factores de riesgo y ENT, nutrición, comunicación social y promoción de salud. Se crearon dos clínicas de deshabituación tabáquica y una de deshabituación de adicciones.
- Educación de personas con FR y ENT. Se crearon 9 grupos comunitarios de discusión con 143 integrantes.

Actividades Comunitarias. Los promotores de salud se han ido incorporando paulatinamente a las actividades de capacitación que se desarrollan en los policlínicos. Se captaron 161 líderes, se implementaron 26 actividades comunitarias y se le entregó la categoría de Centro Promotor de Salud a 34 centros del municipio. Se realizó el I Taller municipal sobre el manejo de factores de riesgo en Centro Habana, que contó con la participación de 37 trabajadores de la salud, 6 grupos comunitarios y una representación de los centros promotores de salud. También se implementaron 16 actividades comunitarias relacionadas con la celebración de días mundiales.

DISCUSIÓN

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el "éxito" de un programa de promoción de salud. Estas perspectivas son bastantes diferentes, sin ser mutuamente excluyentes; cada una de ellas tiene por objeto modificar los determinantes de salud y lograr una mejora en este sentido, pero presentan diferencias marcadas en cuanto al énfasis que ponen en el proceso mediante el cual alcanzan sus resultados y en cuanto a la importancia que atribuyen al costo y la factibilidad de la implementación.

En consecuencia, al establecer la evidencia de la eficacia, existe actualmente un amplio espectro de métodos y medidas que se utilizan en la evaluación. Esta variación refleja no solamente las distintas perspectivas, sino también las diferencias de estructura y punto de partida de las intervenciones.²⁴

La evaluación de programas evoluciona permanentemente para responder preguntas fundamentales relacionadas con su efectividad y con su diseño e implementación. Hay 3 tipos de evaluación que se utilizan a lo largo de un programa, la evaluación formativa, de proceso y sumatoria. Los encargados de la planeación de un proyecto o intervención utilizan la evaluación formativa para el diseño de la estrategia de comunicación. En su forma más simple la evaluación del proceso, conocida también como la evaluación de la implementación hace un seguimiento de las actividades en relación con los objetivos propuestos y con el cronograma. Los diseños de tipo experimental (donde se usan grupos de control asignados al azar) son a menudo considerados la única forma de establecer causalidad.¹⁹

Los resultados alcanzados nos sugieren que las tres intervenciones avanzaron satisfactoriamente según los objetivos y actividades programadas, sin embargo tal y como era previsto existieron dificultades para lograr el principal objetivo que es incrementar la participación de la comunidad en la promoción y prevención de las principales ENT. La participación en salud no solo es un mecanismo de sostenibilidad de los programas de intervención en salud que reduce costos y mejora la eficiencia, sino que implica la construcción de redes de protección y solidaridad de los grupos sociales, con capacidad institucional y apoderamiento para comprender e influir sobre la salud de la comunidad, y en decisiones que afectan a sus propias vidas.²⁵ Para que la participación sea posible, se requiere entonces generar escenarios, procesos y capacidades de comunicación adecuados.²⁶

En relación con la capacitación, los temas se dirigieron al manejo y prevención de las principales enfermedades no transmisibles y a los factores de riesgo, la promoción de salud, la comunicación social y la educación para la salud, y se facilitó la coordinación con diferentes instituciones de los territorios, así como bibliografía y material de estudio sobre los temas en cuestión.

Se logró equipar a las Direcciones Municipales de Salud de los tres municipios para dar soporte y sostenibilidad a las intervenciones, según lo esperado para esta etapa de la evaluación, y se utilizaron los fondos adecuadamente para los fines previstos.

No hubo diferencias en los tres municipios en cuanto a la realización de actividades comunitarias planificadas. Se emprendieron acciones de carácter preventivo, como por ejemplo la realización de iniciativas (maratones, ferias por la salud, verbenas y festivales, encuentros de promotores, galerías de salud, etc); en las que se implicaron a los profesionales de la salud, niños, jóvenes, adultos, promotores y líderes formales e informales de la comunidad. Estas actividades se realizaron en las cuadras, barrios

o asentamientos, y se diferenciaron por el contexto, las particularidades y la cultura local donde se desarrollaron.

El trabajo comunitario tuvo aspectos comunes en los tres municipios (capacitación del personal de salud, mejoramiento de condiciones de trabajo, participación comunitaria) pero cada cual mostró sus peculiaridades en función de sus necesidades, contexto y creatividad. En el municipio de Centro Habana se está ejecutando un proyecto denominado "Calles Parques", de seguridad vial, para facilitar áreas deportivas para las escuelas primarias del municipio, de manera de promover la realización de ejercicios físicos en edades tempranas y en entornos saludables. En Yaguajay la remodelación del Centro de Información de Ciencias Médicas del municipio ofrece una infraestructura que favorece la gestión del conocimiento, que lo ha convertido en una importante fuente de acceso a la información y a las nuevas tecnologías, no solo destinado a los profesionales de la salud, sino como gestor de una cultura general e integral en la población. En Cienfuegos se produjo la inauguración del Centro de Atención Integral al Diabético y para la prevención de ENT, así como la creación de seis bibliotecas virtuales en formato de CD para las áreas de salud, la creación del libro Buenas Prácticas en el manejo de ENT y sus factores de riesgo, así como la publicación de la Revista "Finlay".

La realización de los talleres nacionales permitió el intercambio de las experiencias existentes en cada municipio, además de que se reforzó la metodología de las intervenciones, con el fin de garantizar un marco coherente en el contexto de actuaciones comunitarias. Por existir grandes dificultades en el diseño y el costo, la mayoría de las intervenciones de la población no han sido evaluadas en ensayos controlados aleatorizados. Sin embargo, varios estudios epidemiológicos, en particular el proyecto *Karelia del Norte*, confirman que varias intervenciones de estilo de vida deben jugar un papel importante en el manejo de la carga de enfermedades cardiovasculares.²⁷

Los programas comunitarios de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) comenzaron a funcionar en Europa y los Estados Unidos a principios de los años setenta; asimismo se emprendieron planes semejantes en países de otros continentes.²⁸ En España el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) es una iniciativa desarrollada a mediados de los noventa desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, con el ánimo de impulsar las actuaciones comunitarias en atención primaria, establecer un trabajo en red de las experiencias existentes y reforzar la metodología de las intervenciones.¹ Otros ejemplos lo constituyen la Iniciativa de Salud Cardíaca Canadiense (*Canadian Heart Health Initiative*), que se inició en 1987 como un proyecto de 18 años para abordar la epidemia de enfermedades cardiovasculares.²⁹

El Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, junto con el ayuntamiento y las comunidades en Cali, Colombia, desarrollaron un programa para crear y evaluar las comunidades saludables. El modelo está generando actualmente buenas experiencias de municipios saludables, a partir de las cuales se están identificando y difundiendo mejores prácticas.³⁰

El interés y las acciones relacionados con la atención primaria de salud (APS) en el mundo aumentaron sustancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata en 1978.^{31,32} El sistema de salud pública cubano combina, sin distinción, actividades orientadas hacia la comunidad, como higienización y vacunación y atención médica individual.³³ En 1987 se implementó el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) dada la necesidad de contar con una herramienta

metodológica que garantizara la aplicación de los principios de la atención médica integral y como parte del proceso de perfeccionamiento constante del modelo.³⁴

El Programa de Enfermedades No Transmisibles (PENT), expresión del quehacer de todas las áreas del MINSAP y de otros sectores de la sociedad, integra estrategias de prevención primaria de diversos factores de riesgo, fortalece en nuestro contexto las estrategias ya establecidas por otros programas y se proyecta hacia la priorización de la prevención y el control de las enfermedades seleccionadas por su carga de invalidez y mortalidad.¹⁰

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración del colectivo de investigadores del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, los coordinadores, médicos y enfermeras de la familia de los municipios de Centro Habana, Cienfuegos y Yaguajay, así como de las direcciones municipales de salud, por su participación en la ejecución de las intervenciones.

También reconocen el papel jugado por la ONG Belga M3M/Intal, no solo en el financiamiento del proyecto, sino en su soporte solidario y en las sugerencias oportunas para mejorarlo. Se está implementando en los municipios de Centro Habana, Cumanayagua y Las Tunas en el período 2008 - 2013 un proyecto para la planificación y evaluación de las acciones de salud con apoyo de M3M/Intal y la ayuda solidaria de la población belga.

CONCLUSIONES

Los procesos en los tres municipios han sido diferentes. No obstante, las tres intervenciones comunitarias coinciden en promover y posicionar la participación social organizada, concertada y comprometida de la ciudadanía, para empoderar una cultura de la salud con el respeto a su diversidad cultural, generacional y de género, y lograr prácticas que conduzcan a estilos de vida y ambientes saludables. Las tres intervenciones comunitarias constituyen áreas demostrativas para estos problemas de salud y la búsqueda de soluciones concretas para su control, trabajando en estrecha coordinación con el INHEM y otras instituciones nacionales y provinciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Rev Atenc Prim.* 2005; 35(9): 478-83.
2. Coloma LA, Pastrana EA, Bellver A, Martín M, Lozano M, Montaner I, et al. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. 2008 [citado: 18 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>

3. Navarro AM, Voetsch K, Liburd LC, Giles W, Collins JL. Charting the future of community health promotion: recommendations from the national expert panel on community health promotion. Preventing chronic disease. 2007 [citado: 10 de mayo de 2007]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm
4. López J, Bonfill X. Sobre la salud pública basada en pruebas. Rev Esp Sal Públ. 2008;82(1):14.
5. Morales JM, Gonzalo E, Martín FJ, Morrilla JC. Salud Pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. Rev Esp Sal Públ. 2008;82(1):5-20.
6. Nebot M. Evaluación en salud pública: ¿todo vale? Gaceta Sanitaria. 2007;21(2):95-6.
7. Agencia Suiza para el desarrollo y la Cooperación COSUDE. Unidad de Evaluación & Control. 2002 (citado: 2 de marzo de 2002). Disponible en: <http://www.sdc.admin.ch>
8. Perel P, Casas JP, Ortiz Z, Miranda JJ. Noncommunicable diseases and injuries in Latin America and the Caribbean: Time for Action. PLoS Med. 2006;3(9). Citado: 5 de septiembre de 2006]. Disponible en: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030344>
9. Omran A. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of population Change. Milbank Memorial Foundation Quartely; 1971;49:4:509538.
10. Landrove O, Gámez AI. Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: El programa de intervención cubano. Disponible en: http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/2005/landrove.htm
11. Hernández Cueto. El envejecimiento de la población cubana y la hipertension arterial. Tendencias y principales problemas. Una visión desde la farmacoepidemiología. 2008 [citado 30 de junio de 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/final_el_envejecimiento_de_la_poblacion_cubana_y_la_hipertension_arterial_tendencias_y_principales_problemas_una_vision_desde_la_farmacoepidemiologia.pdf
12. Kotseva K. Políticas preventivas globales. Estrategias a escala europea y mundial. Rev Esp Cardiol. 2008;61(9):960-70.
13. Arribas JM, Saavedra MD, Farinós N, Villalba C. La estrategia para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad. Rev Esp Sal Públ. 2007;81(5):443-49.
14. Derek Y, Hawkes C, Gould L, Hofman K. The global burden of chronic diseases. JAMA. 2004;291(21):2616-22.
15. Choi BC, McQueen DV, Puska P, Douglas KA, Ackland M, Campostrini S, et al. Enhancing global capacity in the surveillance, prevention and control of chronic diseases: seven themes to consider and build upon. J Epidemiol Comm Health. 2008;62:391-97.

16. 16. Córdova JA, Barriguete JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, de León - May ME, Aguilar-Salinas CA. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis, epidemiología y prevención integral. *Sal Públ Méx.* 2008;50(5):419- 27.
17. Álvarez F, Espinosa A, Romero A. Gaimetea C. Marcadores de riesgo y enfermedades cerebrovasculares. Proyecto Global de Cienfuegos. Estudio Longitudinal 1992-1994. *Rev Neurol.* 1998;26(152):544-47.
18. Ferrer L, Alfonso K, Bonet M, Guerra M, Rodríguez M, Díaz G. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular "Dragones". *Rev Cubana Sal Públ [online].* 2006;32(3). Citado: 6 de agosto de 2011. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300009&lng=es&nrm=iso>
19. Bertrand J. Evaluating health communication programmes. 2005. Citado: junio de 2005. Disponible en URL: http://www.comminit.com/drum_beat_302.html
20. Rossi P, Lipsey M, Freeman H. *Evaluation: A Systematic Approach.* California: Sage Publications; 2004.
21. Olney C, Barnes S. *Including Evaluation in Outreach Project Planning.* Seattle, Wash: National Libraries of Medicine; 2006 (citado: 5 de junio de 2007). Disponible en: <http://nnlm.gov/evaluation/guide>
22. Anker M. Epidemiological and statistical methods for rapid health assessment. *World health statistical quarterly.* 1991;44(3):94-7.
23. Victora C, Habicht J, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Publ Health.* 2004;94(3):400-5.
24. International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe.* London:EC/IUHPE; 2000.
25. Martín M, Ponte C, Sánchez M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl. 1):192-202.
26. Vega J. Comunicación, políticas públicas y planeación del desarrollo. 2006 (citado: abril de 2006). Disponible en:
<http://www.comminit.com/es/node/263914/37>
27. Thomas GA. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world. *Health Affairs.* 2007;26(1):13-24.
28. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. *Bulletin of the WHO.* 2001;79(10):963-70.
29. Robinson K, Farmer T, Elliot SJ, Eyles J. From Heart Health Promotion to Chronic Disease Prevention: Contributions of Canadian Heart Health Initiative. *Preventing Chronic Disease.* 2007;4(2). Citado: 20 de abril de 2007]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/pdf/06_0076.pdf

30. Organización Panamericana de la Salud. Municipios y ciudades saludables: recomendaciones para la evaluación dirigida a los responsables de las políticas en las Américas. Washington: OPS; 2005.
31. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Sal Públ. 2007;21 (2/3):177-85.
32. Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Sal Públ. 2004;30(3):214-24.
33. Orduñez P. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba. Rev Cubana Sal Públ. 2006;32(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200001&lng=es&nrm=iso>
34. Presno C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es&nrm=iso>

Recibido: 26 de junio de 2010.

Aprobado: 20 de octubre de 2010.

Dra. *Lilliam del R. Ferrer Ferrer*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Infanta 1158 entre Clavel y Llinás. Centro Habana, La Habana, Cuba. Teléfono 878 8479. Correo electrónico: lillian@inhem.sld.cu