



Ministerio de Salud Pública

PROYECCIONES DE LA SALUD PÚBLICA EN CUBA PARA EL 2015

La Habana, Febrero de 2006
Año de la Revolución Energética en Cuba

ISBN 959-212-185-9

Diseño y emplane: D.I. Yasmila Valdés Muratte

© Sobre esta presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2006

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle I No. 202 esquina a Línea, Piso 11, El Vedado,
Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.
Teléfonos: (53 7) 55 3375 y (53 7) 832 5338
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

ÍNDICE

<i>Prólogo.</i>	5
<i>Introducción.</i>	7
<i>Escenarios.</i>	8
<i>Objetivos.</i>	11
<i>Directrices generales.</i>	12
<i>Factores relacionados con el ambiente que constituyen problemas de salud.</i>	16
<i>Factores relacionados con el ambiente. Directrices.</i>	21
<i>Factores relacionados con el comportamiento.</i>	21
<i>Factores relacionados con el comportamiento. Directrices.</i>	29
<i>Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud.</i>	30
<i>Enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud. Directrices.</i>	44
<i>Enfermedades bucodentales.</i>	46
<i>Enfermedades bucodentales. Directrices.</i>	48
<i>Enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes.</i>	48
<i>Enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes. Directrices.</i>	54
<i>Discapacidad.</i>	56
<i>Discapacidad. Directrices.</i>	57
<i>Ambientes especiales.</i>	58
<i>Ambientes especiales. Directrices.</i>	60
<i>Grupos especiales.</i>	61
<i>Grupos especiales. Directrices.</i>	63
<i>Áreas de resultados claves que deben instrumentarse.</i>	64
<i>Estrategias para la implementación, control y evaluación.</i>	65

PRÓLOGO

El desarrollo que ha experimentado la Salud Pública en Cuba es expresión del desarrollo económico social alcanzado y de la alta prioridad que la Revolución, y nuestro pueblo, le han otorgado a la salud y el bienestar del hombre.

En casi medio siglo de existencia, se han ido acumulando logros en el mejoramiento del estado de salud de la población, comparable al de países de alto nivel de desarrollo económico social, con una distribución justa y equitativa tendente a borrar las diferencias, entre regiones y grupos humanos, heredadas del capitalismo.

Se ha creado un impresionante capital humano dotado del mayor nivel científico técnico, de un enfoque y una práctica integral, social y humana de la medicina así como de altos valores de solidaridad y entrega desinteresada al trabajo por la salud.

Está conformada una extensa red de servicios dotados de alta tecnología y capacidad resolutive, con elevada cobertura y accesibilidad para nuestro pueblo, que constituye un ejemplo, a escala internacional, de un Sistema Nacional de Salud.

A partir de estas fortalezas acumuladas, nuestro país avanza en un nuevo momento de desarrollo político, económico y social.

La Batalla de Ideas, el despegue económico ya iniciado, las nuevas relaciones comerciales creadas y la lucha contra la corrupción y el delito, han permitido impulsar los nuevos Programas de la Revolución, que además de fortalecer las bases políticas e ideológicas de nuestra sociedad, nos introducen importantes beneficios económicos y sociales para nuestro pueblo entre los que se encuentran los relacionados con su salud y calidad de vida.

Nuestro Sistema Nacional de Salud, sus cuadros de dirección y todos los trabajadores que lo integramos, estamos conscientes de este nuevo compromiso que hemos adquirido con la Revolución y su pueblo, Es nuestra obligación el perfeccionamiento de la estrategia de desarrollo de la salud pública para que contribuya a alcanzar los hermosos propósitos que persigue la Revolución.

Las experiencias acumuladas, las actuales condiciones de salud, el capital humano creado, el nivel de desarrollo alcanzado por el Sistema y los escenarios políticos, económicos y sociales del país nos permitió trabajar sobre bases objetivas y científicas en el diseño de una estrategia a largo plazo que considera, de manera integral, todos los componentes y determinantes del Estado de Salud de la Población, con un enfoque de riesgo.

Enfatiza en los factores relacionados con el ambiente y el comportamiento que, aunque no son abordables por acciones exclusivas de salud, le corresponde a nuestro sector identificarlas y relacionarlas con la situación de salud para que, con un movimiento intersectorial, puedan ser tratadas.

Considera a los principales problemas de salud que nos afectan y amenazan, en un contexto internacional y nacional, así como la atención a grupos poblacionales especiales, como el materno infantil, constituido aún en reto, y el adulto mayor, por el acelerado proceso de envejecimiento poblacional que vivimos y el desafío que ello representa para la economía, la sociedad y en particular para la salud pública y su sistema de salud.

Estas Proyecciones de la Salud Pública para el 2015, constituyen un valioso instrumento estratégico y programático del camino que debemos seguir en los próximos diez años pues define no sólo los propósitos y metas a alcanzar, sino que precisa la organización y funcionamiento, en base a las prioridades del sistema.

En las Directrices Generales hemos significado las principales líneas de trabajo, emanadas de las más altas políticas del sector, que conducirán al alcance de las metas planteadas y que demandan de la participación cohesionada de nuestros cuadros y trabajadores con todo el pueblo.

Las metas y directrices específicas son productos del trabajo participativo de experimentados científicos y técnicos del sector en los campos particulares de las especialidades y disciplinas de las Ciencias de la Salud. Como toda meta, resultan tensas y desafiantes, pero alcanzables si con entrega y cohesión trabajamos con ciencia, inteligencia y creación.

A partir de estas Proyecciones quedarán diseñados los Objetivos del Sistema Nacional de Salud y todos los programas y planes tanto administrativos como técnicos que aseguren el cumplimiento en todos los niveles.

Su implementación, control y evaluación serán ejercicios técnicos y administrativos donde la integración y el actuar científico e investigativo serán nuestro modo habitual de actuar. Ese es también otro nuevo reto de estas proyecciones.

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

Los cambios ocurridos en el Estado de Salud de la población cubana son expresión de la alta prioridad y los esfuerzos realizados por la Revolución en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de los ciudadanos.

Si bien durante los años de Período Especial, producto de la caída del campo socialista y del recrudecimiento de las acciones anticubanas por el criminal bloqueo de Estados Unidos, se afectó la infraestructura y los recursos del Sistema Nacional de Salud, la acción de sus trabajadores y de la sociedad permitieron continuar mejorando los principales indicadores de salud manteniéndolos al nivel de los países desarrollados.

En las actuales condiciones de desarrollo socioeconómico y de extensión y profundización de la colaboración internacional, se lleva a cabo un proceso de fortalecimiento y perfeccionamiento de la organización económico-social, en particular de la Educación, la Cultura y del Sistema Nacional de Salud. Los Programas de la Revolución impactan, de manera especial, en el remozamiento y construcción de nuevos centros asistenciales, en los modernos equipamientos que se instalan, en la elevación del nivel científico de los profesionales y técnicos del sector, y en la búsqueda de una atención de excelencia en los servicios médicos.

Esta realidad nos permite plantearnos nuevas metas que prolonguen la Esperanza de Vida al Nacer de la población cubana, con mayor salud y calidad de vida a partir de que lo esencial, es el ser humano.

Para ello resulta imprescindible definir las proyecciones y metas que permitan trazar las prioridades y acciones a ejecutar, de manera que concentren de forma organizada, los esfuerzos del sistema y el vasto potencial científico, tecnológico y humano de que se dispone.

Por la dimensión de la tarea y la complejidad de sus intervenciones resulta decisiva la participación de las organizaciones de masas: FMC, CDR, ANAP, FEU, FEEM, OPJM y la CTC, en particular el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, bajo la dirección del Partido Comunista de Cuba a todos los niveles.

ESCENARIOS

A continuación se resume la caracterización esencial de los escenarios en que probablemente se desenvuelva el Sistema de Salud entre el 2006 y 2015.

Demográficos

Se mantendrán, incluso se profundizarán los bajos niveles de fecundidad y natalidad, la mortalidad deberá seguir su corrimiento hacia las edades más avanzadas de la vida. La mortalidad geriátrica aún muy baja en el país, deberá aumentar en los próximos años. Por el efecto combinado de las variables: fecundidad, mortalidad y migraciones, se producirá un bajo crecimiento poblacional que llegará a detenerse e incluso a provocar un decrecimiento en los próximos años, tal como ocurre en las áreas más desarrolladas del mundo.

Esta pirámide poblacional con un modelo estacionario, sumado a la alta sobrevivencia de los cubanos llevará a uno de los procesos de envejecimiento más rápidos y profundos del continente americano y del mundo.

Socioeconómico

La Batalla de Ideas iniciada durante la lucha por el retorno de Elián se erige en el principal escenario sociopolítico, al tiempo que actúa como catalizador de importantes procesos.

De mantenerse las condiciones actuales que permiten el escenario socioeconómico vigente o de mejorar estas, el país continuará mostrando una recuperación económica y social, demostrable a través del crecimiento sostenido de su producto interno bruto y de una distribución equitativa del mismo en los distintos sectores de la sociedad, lo cual favorecerá el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Los convenios firmados con China abren importantes perspectivas y crean condiciones favorables para el desarrollo de nuestra economía. Los acuerdos firmados con Venezuela representan un significativo paso en la integración económica y el desarrollo de nuevas posibilidades.

Esta recuperación económica impactará sobre el presupuesto anual de salud, tanto en moneda nacional como libremente convertible. El sistema dispondrá de un grupo de créditos que le permitirán revitalizar áreas hasta este momento afectadas por la situación económica y continuará con un desarrollo oportuno en los mecanismos de movilización de recursos internos y externos. Esto nos posibilitará invertir y recuperar las capacidades perdidas en los años de Período Especial y a la vez incrementar la cobertura y acceso de servicios necesarios a una población cuyo envejecimiento progresivo es incuestionable. También, se podrá mejorar la sostenibilidad de estos programas de salud

que tienen altos costos por las implicaciones tecnológicas y la demanda de atención creciente a medida que la vida se prolonga.

La perenne amenaza del imperialismo (bloqueo económico, comercial y financiero, así como de una posible agresión militar), la inestable situación internacional y especialmente del mercado del petróleo y otros productos, las afectaciones climáticas y de otros desastres naturales, cada vez de mayor frecuencia e intensidad, son ejemplos de matices externos que pueden provocar variaciones en estos escenarios.

La invulnerabilidad militar y económica de la Revolución garantizará su continuidad. En medio de esto, la lucha contra los factores subjetivos denunciados por Fidel el 17 de noviembre del 2005 y la Revolución Energética que recién se inicia, aseguran la apertura de nuevas fuentes de recursos que se revertirán en el desarrollo social.

Salud

Sin lugar a dudas el envejecimiento de la población será el escenario predominante, por ello las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud prevalecerán e incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad.

Este contexto futuro precisará de enfoques preventivos y de promoción de salud, así como del desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive, lo que inexorablemente producirá un incremento de los costos de la atención. Aunado a este proceso de envejecimiento de la población se incrementarán los índices de invalidez y discapacidad.

El entorno higiénico epidemiológico en el ámbito nacional e internacional continuará siendo una amenaza, y aún cuando las afecciones infectocontagiosas han dejado de constituir un problema de salud, la vigilancia y la preparación para el enfrentamiento de las enfermedades emergentes y reemergentes continuarán siendo una prioridad, dado el incremento importante del intercambio de cubanos trabajando en países con enfermedades exóticas, y la llegada a Cuba y el asentamiento de extranjeros procedentes de esas mismas áreas.

Las infecciones nosocomiales en hospitales y policlínicos sufrirán transformaciones en su causalidad, los gérmenes Gram negativos y otras bacterias resistentes a los antibióticos actuarán simultáneamente con las infecciones por virus y las micosis.

Aún cuando las estrategias cubanas para el control del VIH/SIDA han sido exitosas, el incremento de la sobrevivencia de los casos infectados se convierte en un factor de amenaza al elevar el número de personas potencialmente infectantes, a lo anterior se unen los fenómenos de resistencia a los medicamentos retrovirales que hoy comienzan a reportarse internacionalmente. Todo

ello traerá el paulatino incremento de la prevalencia de la enfermedad, lo que influirá en la dinámica de los servicios de salud, tanto en aquellos especializados para el tratamiento específico, como los encargados de atención de otras afecciones comunes que padecen estos enfermos.

La estrategia de fortalecimiento de la atención primaria de salud y la transferencia de tecnologías a ese nivel de atención, junto a la adecuación de los objetivos y funciones de la Medicina Familiar, consolidarán al policlínico como institución rectora en el Sistema Nacional de Salud, se delimitarán sus funciones de las del hospital y se integrarán los esfuerzos de ambas instituciones en la solución de los problemas de salud de la población.

La consecuencia inmediata de este fenómeno es que emergerá, con mayor nitidez, el subsistema de atención ambulatoria y la interrelación entre este y el hospital se sustituirá por la integración, tomando en consideración que el rasgo distintivo entre ambas categorías está en que conceptualmente la interrelación presupone la delimitación de los marcos de responsabilidad, en tanto que la integración conlleva a la comunidad de objetivos que se orientan a la transformación positiva del estado de salud de la población de un territorio dado.

La atención a la comunidad y al entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, la integralidad, su basamento en las necesidades de la población, la participación popular, la accesibilidad y la atención en equipos multidisciplinarios, rasgos que hoy se atribuyen a la atención primaria de salud, serán comunes a todo el Sistema Nacional de Salud.

La aplicación de nuevos conceptos en la formación del capital humano y el traslado de los escenarios docentes al policlínico, unido al crecimiento de las matrículas, acorde con la universalización de la enseñanza, permitirá en un corto período de tiempo completar las exiguas plantillas, así como solucionar la actual crisis de envejecimiento a que están sometidas algunas especialidades, facilitándose además la introducción de otras que se necesitarán.

Se modernizará la tecnología médica con la introducción de novedosos y complejos equipos que den respuesta a nuevos estándares de calidad, eficacia y seguridad para el paciente. Además de la introducción de la informatización en todos los procesos, lo cual propiciará mayor eficiencia en el desempeño.

La introducción de nuevas moléculas y formulaciones para medicamentos como consecuencia de la modernización y ampliación de la industria de medicamentos y los aportes de los centros de investigación científica, mejorará los resultados de los tratamientos y reducirá las hospitalizaciones y facilitará el desarrollo de complejos tratamientos de forma ambulatoria.

La investigación en salud, con una mayor concreción y aplicación a los problemas de la comunidad a nivel de cada policlínico, hospital y facultad, debe tener una expresión concreta en la solución de los principales determi-

nantes de las enfermedades más prevalentes o graves, así como el fortalecimiento del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en las provincias, trasladándose la “buena ciencia” de los institutos nacionales hacia centros provinciales o municipales con capacidad para generar resultados científicos de mayor aplicabilidad.

La colaboración internacional, de demanda creciente por la calidad de nuestros servicios de salud y de nuestro capital humano, en combinación estrecha con nuestra política solidaria con los países más pobres, en sus lugares más intrincados, predice que habrá un incremento de los trabajadores en misiones internacionalistas en diferentes formas y que simultáneamente tendremos que formar en Cuba a estudiantes nacionales y de otros países, a la vez que formaremos, en colaboración con otros, cuantiosos recursos humanos en esas naciones. Todo esto implica una dinámica mayor en cantidad y calidad de la formación de estos recursos y su utilización en diferentes naciones.

OBJETIVOS

General

Mejorar el estado de salud de la población cubana hasta el año 2015.

Específicos

1. Lograr con una adecuada intersectorialidad, acciones que influyan favorablemente en el ambiente y con ello a una protección superior en la salud de la población.
2. Desarrollar con efectividad un trabajo dirigido a la disminución y control de los factores de riesgo más importantes que afectan la salud de la población.
3. Disminuir la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud que constituyen las principales causas de enfermedad y muerte en la población cubana.
4. Mantener y mejorar la situación de salud alcanzada en relación con las enfermedades infecciosas y parasitarias, y enfatizar en aquellas que no se han podido resolver mediante la aplicación de inmunobiológicos y en las exóticas susceptibles de introducirse en el país.
5. Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.
6. Desarrollar las acciones que permitan enfrentar con éxito la atención que demanda el envejecimiento de la población cubana.

DIRECTRICES

Las directrices que a continuación se presentan muestran las líneas principales de acción en que se concentrará la fuerza de la organización para alcanzar las metas proyectadas.

Ellas constituyen lineamientos que definen y orientan las direcciones prioritarias del Sistema para el período. Por ello se requiere que, a nivel de territorios, unidades y servicios se conviertan en acciones concretas que aseguren el cumplimiento de las mismas.

Las directrices generales conforman un conjunto dirigido a fortalecer y perfeccionar al sistema en su totalidad, para dotarlo de la capacidad y organización necesarias, para asumir los nuevos retos contenidos en estas proyecciones.

Las directrices particulares son aquellas que expresan acciones cuyo efecto es directo sobre las causas de enfermedad, daño y muerte que se proyectan reducir.

DIRECTRICES GENERALES

1. Los **Programas de la Revolución** integran conceptos, proyecciones, estrategias y acciones concretas encaminadas a perfeccionar nuestro Sistema Social. En el caso particular del Sistema de Salud contribuirán a mejorar la salud y el bienestar de la población, prolongar su esperanza de vida con mayor calidad, introducir tecnologías y formas de atención novedosas, mejorar los servicios y sus condiciones estructurales y de confort, hacerlos más accesibles a la población e incrementar su satisfacción. Estas proyecciones contribuirán al éxito de estos programas, los cuales son, a su vez, una garantía de poder alcanzar lo propuesto.
2. El Ministerio de Salud Pública y todas sus dependencias se reconocen como partícipes directos en la “**Batalla de Ideas**”. Ello significa que el estilo de dirección de sus cuadros tiene que basarse en los principios de: **Consagración, Integración, Integralidad, Cohesión, Exigencia, Inmediatez, Entusiasmo, Iniciativa, Preparación para el cumplimiento de las tareas, Consolidación de lo que hacemos y Control directo de cada una de las tareas** (“Tocar todo con la mano”).
3. Esta estrategia se basa y contribuye a la verdadera **Integración del Sistema Nacional de Salud**, tanto en las áreas y direcciones del Ministerio de Salud Pública, como en los territorios, unidades y servicios que lo conforman. Concibe al hombre, la familia y la comu-

- nidad como el objeto y centro del Sistema en el cual se integrarán todos los esfuerzos y acciones para lograr su mejor salud y bienestar.
4. La **Solidaridad Internacional**, principio y valor inherente a los trabajadores de la salud y a nuestro sistema, contribuirá a la formación político-ideológica y científico-técnica del sector, y estimulará formas creativas y novedosas de organización y desempeño en los programas, servicios e instituciones que lo conforman. La formación de médicos latinoamericanos y de otros países, la operación “Milagro” y la Brigada Henry Reeve son elevados exponentes de este principio.
 5. **La Intersectorialidad**, componente imprescindible para mejorar la salud y el bienestar de la población, será estrategia esencial para el logro de estas proyecciones. Se fortalecerá el papel de la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, el papel del Sector en ella y el aporte de elementos que contribuyan a adoptar decisiones que incidan a favor de las mismas.
 6. La batalla por la **Excelencia** en los servicios de salud contribuirá de manera decisiva al alcance de estas proyecciones y de sus metas. Será un proceso integral, que nos llevara a elevar cualitativamente la calidad de la atención médica y la satisfacción de pacientes, familiares y trabajadores.
 7. Mejorar la actuación y la conducta de los trabajadores de la salud con una motivación creciente para hacerlo todo mejor, reforzar aún más sus firmes valores y hacer suyas estas proyecciones, para dedicarse, con abnegación y consagración, al cumplimiento de las mismas y se identifiquen con los requisitos de lo que debe ser un **Colectivo Moral** en una unidad del Sistema Nacional de Salud para lograr y mantener esta condición.
 8. La concepción a largo plazo de estas proyecciones requiere de la **Sostenibilidad** de los sistemas y acciones que se ejecuten, que serán lo suficientemente flexibles y dinámicos como para permitir las adecuaciones, pertinentes y oportunas, en función de los resultados planeados.
 9. Estas proyecciones requerirán de adecuaciones en la **Organización y Dirección** del sistema que fortalezcan las iniciativas locales y aseguren la rigurosa disciplina administrativa y técnica del sector. **El fortalecimiento de la base normativa del sistema será esencial.**
 10. **El Desarrollo Científico y Tecnológico** del país, impulsado por los polos científicos, institutos de investigaciones, hospitales, policlínicos y otras instituciones, constituye una importante contribución a esta estrategia, la oportuna y ágil introducción y extensión de sus resultados será decisivo para el alcance de estas proyecciones.

11. Los cuantiosos recursos puestos a disposición de los servicios y programas de salud, unido a los importantes resultados planeados, requieren de la **Organización, Desempeño y Control Eficiente** de nuestras instituciones, departamentos y servicios. Los enfoques económicos y financieros complementarán los análisis clínicos, epidemiológicos y administrativos que de estas proyecciones se hagan.
12. **La Calidad** en sus dimensiones técnicas, interpersonales y del entorno continuará siendo un objetivo básico de nuestro sistema. Los programas que se elaboren a nivel de las instituciones y servicios asegurarán sistemas continuos de mejora de la calidad. Los procesos de acreditación y categorización de unidades contribuirán al desarrollo de la misma.
13. El desarrollo alcanzado por nuestro Sistema de Salud, y en especial por el capital humano que lo integra, posibilita una gestión clínica, epidemiológica y de dirección, con elevado nivel científico, basado en la **Investigación** y en el uso de las técnicas más actuales y depuradas.
14. Perfeccionar el **Sistema de Información** y su calidad por ser elementos imprescindibles para los análisis y decisiones en los diferentes ámbitos y niveles de trabajo, enfatizando en la correcta confección de las historias clínicas y los certificados de defunción.
15. El Análisis de la Situación de Salud, y de **las opiniones y sugerencias de la población** acerca del funcionamiento de los servicios, constituyen elementos imprescindibles para la toma de decisiones. Todo fenómeno tiene sus causas y es un imperativo del trabajo de los cuadros del sistema investigar y profundizar en los análisis, a fin de asegurar la dirección científica del sistema de salud.
16. **El Capital Humano** constituye la mayor fortaleza del Sistema y en él nos basamos para el cumplimiento de estas proyecciones. Su formación, preparación y superación continuada, en especial las Maestrías y Doctorados, integrarán armónicamente las necesidades de los Programas de la Revolución y los propósitos aquí planteados.
17. **Las Especialidades Médicas**, por la alta responsabilidad que tienen en la atención médica a la población, enferma o en riesgo, y en el complemento y continuidad de la atención médica general integral, serán objeto de un programa de desarrollo que les permita alcanzar el mayor nivel mundial y contribuir al cumplimiento de estas proyecciones en términos de mayor calidad y sostenibilidad.
18. **La Medicina General Integral** es la especialidad básica del sistema. Sus posibilidades de abordar el problema salud-enfermedad en las dimensiones que conforman al hombre, la familia y la comunidad, en los aspectos clínicos, epidemiológicos y ambientales, con enfoques

y acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, han sido validados por sus resultados en más de veinte años de práctica asistencial en los más variados escenarios y condiciones de Cuba y el extranjero.

19. **La Interdisciplinariedad** como forma organizativa del trabajo en salud permitirá abordar con mayor integración, calidad y eficiencia los complejos problemas de la salud y la enfermedad, utilizar las más novedosas tecnologías y alcanzar mejores resultados para nuestro pueblo.
20. **El Método Clínico**, como máxima expresión del pensamiento y la práctica científica en el proceso de atención al paciente, será desarrollado y enriquecido por nuestros médicos en su diario desempeño, con la entrega y responsabilidad necesaria.
21. **La Epidemiología** y su desarrollo, como concepción y herramienta, constituyen una necesidad para el cumplimiento de estas proyecciones.
22. **La Comunidad** más que objeto y beneficiaria de los programas y servicios de salud constituye la razón de ser del sistema. Su participación en la identificación y priorización de los problemas de salud, en las acciones de intervención a ejecutar y en el control y evaluación de los resultados, representa la garantía de que la salud pública responde a los intereses y necesidades de nuestro pueblo y de nuestra sociedad.
23. **El Policlínico** constituye la institución rectora del sistema. La infraestructura, los servicios, las tecnologías y los recursos humanos especializados de que dispone, lo capacitan para desempeñar las más complejas e importantes funciones en el campo de la atención a la salud, la formación de recursos humanos y la investigación. De ahí su responsabilidad sobre la salud integral de la comunidad y su rol como Policlínico Universitario.
24. **El Hospital**, como institución de alto nivel científico técnico y elevada capacidad resolutive encargada de recuperar y rehabilitar la salud de la población, será capaz de desarrollarse e integrarse a los servicios de Atención Primaria de Salud para lograr mayor eficiencia, calidad y satisfacción en la consecución de esta estrategia.
25. **Los Institutos de Investigaciones y Centros Nacionales de Referencia**, como responsables científicos-técnicos de la implantación, ejecución, control y evaluación de estas proyecciones en el ámbito de sus programas específicos, elaborarán el plan de investigaciones en correspondencia con estas funciones y responsabilidades. Desarrollarán el Programa Ramal de Investigaciones y elevarán el nivel cuantitativo y cualitativo de las investigaciones.

26. **Los Aseguramientos Logísticos** son básicos e imprescindibles para el alcance y sostenibilidad de estas proyecciones. Se perfeccionarán los sistemas necesarios para hacerlos sistemáticos, oportunos, efectivos y eficientes. La logística estará en función de los servicios acercando los recursos a las unidades.
27. El cumplimiento de la **Resolución 297 del 2003**, del Ministerio de Finanzas y Precios, contribuye al perfeccionamiento y fortalecimiento ideológico, técnico, organizativo y de control, favoreciendo el enfrentamiento a las ilegalidades, la corrupción y el delito.

ÁREAS PRIORITARIAS DEL SISTEMA

I. Factores relacionados con el ambiente que constituyen problemas de salud

Agua

El 76 % de la población cubana recibe agua servida por acueductos. Por debajo de la media nacional están 7 provincias. En todo el año 2004, las provincias reportaron 207 156 salideros de agua potable, que junto con la intermitencia del servicio, los vertimientos de residuales líquidos y las redes en mal estado, siguen constituyendo un peligro para la propagación de enfermedades transmisibles de vehiculación hídrica. La situación del abasto del agua continuó siendo más crítica en la zona norte de las provincias orientales y Camagüey como resultado de la sequía. Aunque 95 % de la población tiene algún servicio de suministro de agua sanitariamente aceptable, de esta sólo 75 % lo recibe por conexión domiciliaria, y 15 % por fácil acceso (hasta 200 m de la vivienda), 5 % restante por servicio público de pipas. Las redes, en su mayoría, tienen edades superiores a los 60 años, lo cual provoca la existencia de salideros permanentes. Ese hecho, unido a los problemas de las fuentes, que influyen en la intermitencia del servicio de suministro de agua, constituyen un peligro de contaminación de las redes.

Propósito 1: Aumentar a 95 % la cobertura de población servida por acueductos con conexión domiciliaria o fácil acceso.

Meta:

Línea de base	2010	2015
90 %	93 %	95 %

Fuente: PNA 2003 y *Boletín GEAAAL Octubre de 2005*, ambos del INRH.

Indicador: Porcentaje de población servida por sistemas de acueducto.

Propósito 2: Aumentar a 100 % la desinfección del agua.

Meta:

Línea de base	2010	2015
98 %	99 %	100 %

Fuente: PNA 2003 y Boletín GEAAL Octubre de 2005, ambos del INRH.

Indicador: Porcentaje de agua tratada.

Saneamiento

- El 49 % de la población posee servicio de alcantarillado con deterioro de la red, salideros permanentes e intermitencia del suministro de agua, lo que constituye un peligro de contaminación a las redes de agua y riesgos evidentes a la población. El 94 % de la población posee algún servicio de recolección y disposición final de aguas residuales sanitariamente aceptable, pero de esta sólo 38 % lo recibe por sistema de alcantarillado y 55 % restante por medio de letrinas y fosas, lo cual incide negativamente en el ambiente, dado que el deterioro de las redes con salideros permanentes los hacen funcionar inadecuadamente. Unido a lo anterior influyen en el deterioro del medio que rodea al hombre el bajo por ciento de tratamiento que reciben las aguas servidas que solo alcanzan un 36 % y los problemas que aún persisten en los sistemas de tratamiento existentes.
- El país cuenta con 1 030 vertederos, de ellos 380 de Período Especial. El 20 % no tiene microlocalización sanitaria autorizada. El 37% no cuenta con acondicionamiento periódico, lo que los convierte en centros productores de vectores y malos olores, donde 17 % tienen actividades de sustracción de desechos, cifra que sumada a aquellos que no tienen cerca, ni controlador, los convierte en una fuente ilegal de adquisición de productos, que sin control, pasan a una parte de la población.
- La exposición a contaminantes atmosféricos y al ruido constituyen hoy dos grandes factores de riesgo que desde el año 2000 se vienen incrementando, afectando al medio ambiente y a la población. La contaminación ambiental y sonora se relaciona con el incremento y agudización de algunas enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, crisis de asma bronquial, cáncer de pulmón, estrés, entre otras. Por la red de monitoreo del CITMA del 2000 al 2004 se ha producido un incremento en las concentraciones de contaminantes atmosféricos al igual que el aumento de los niveles de ruido ambiental en el país, lo que ha traído consigo quejas de la población.

Propósito 3: Aumentar a 70 % la cobertura actual de la evacuación de los residuales líquidos por sistemas de alcantarillado.

Meta:

Línea de base	2010	2015
38 %	54 %	70 %

Fuente: PNA 2003 y Boletín GEAAL Octubre de 2005, ambos del INRH; PIHA 2004 de la UNSA.

Indicador: Porcentaje de población servida por sistemas de alcantarillado.

Propósito 4: Aumentar a 70 % el volumen de albañal tratado eficientemente antes de su vertimiento al medio.

Meta:

Línea de base	2010	2015
37 %	53 %	70 %

Fuente: PNA 2003 y Boletín GEAAL Octubre de 2005, ambos del INRH; PIHA 2004 de la UNSA.

Indicador: Porcentaje de volumen de agua residual tratada.

Propósito 5: Lograr 100 % de un correcto manejo de los residuales sólidos peligrosos.

Meta:

Línea de base	2010	2015
0	50 %	100 %

Fuente: INFORME ANUAL DEL PIHA y Anuario Estadístico del MEP 2004.

Indicador: Número de vertederos con manejo adecuado de residuales sólidos peligrosos.

Propósito 6: Sustituir 100 % de los vertederos por vertederos de relleno sanitario.

Meta:

Línea de base	2010	2015
0	50 %	100 %

Fuente: INFORME ANUAL DEL PIHA y Anuario Estadístico del MEP 2004.

Indicador: Número de vertederos con relleno sanitario.

Propósito 7: Eliminar 100% de los microvertederos de Período Especial.

Meta:

Línea de base	2010	2015
339	60 %	100 %

Fuente: INFORME ANUAL DEL PIHA y Anuario Estadístico del MEP 2004.

Indicador: Número de vertederos de Período Especial.

Propósito 8: Lograr que el 100 % de las nuevas adquisiciones de incineradores sean ecológicos.

Meta:

Línea de base	2010	2015
1	100 %	Mantener

Fuente: INFORME ANUAL DEL PIHA y Anuario Estadístico del MEP 2004.

Indicador: Número de incineradores ecológicos.

Propósito 9: Reducir en 30 % la contaminación ambiental.

Meta:

Indicadores	Línea de base	2010	2015
		15 %	30 %
Concentraciones de NO ₂	3.3 mg/m ³	2.8	2.3
Concentraciones de SO ₂	0.8 mg/m ³	0.68	0.56
Concentraciones de NO	2.9 mg/m ³	2.47	2.03
Concentraciones de NO _x	6.2 mg/m ³	5.27	4.34
Concentraciones de NH ₃	5.6 mg/m ³	4.76	3.92
Opacidad Aparente	60 %	51	42

Fuente: Situación ambiental 2004. CITMA.

Vectores:

Los vectores conviven con el hombre desde tiempos remotos y hoy se encuentran ampliamente dispersos por todos los continentes. Es la especie de mosquito *Aedes aegypti* una de las de mayor importancia para el hombre por su amplia distribución, difícil control y azote permanente a la salud. La infestación creciente de esta especie, en países con los que Cuba mantiene estrechas relaciones, incrementa la posibilidad de introducciones de este, además del riesgo de aparición de brotes de enfermedades como el Dengue. Los esfuerzos y propósitos de las estrategias de control deben ganar en perfección y encaminarse a un control integrado que nos permita mantener los índices de infestación por esta especie en niveles que no constituyan riesgo para la salud. En cuanto a otras especies como el Anopheles, otros culícidos, hospederos intermediarios, roedores y triatóminos, también muy dañinos para el hombre y cuyo espacio en la transmisión de enfermedades crece, es importante que las estrategias de vigilancia y lucha estén diseñadas para el control de estas y así disminuir la incidencia de casos por las enfermedades que las mismas propagan. Nacionalmente el *Aedes aegypti* se ha dispersado por el país, fundamentalmente en las cabeceras provinciales y en la Ciudad de La Habana. Los más altos índices de infestación por *Aedes aegypti* se reportan

en la capital y en las cabeceras provinciales de: Santiago de Cuba, Guantánamo, Las Tunas y Camagüey. El país en el último ciclo del 2005 tuvo un índice casa de 0.101. El *Aedes albopictus* se encuentra circunscrito al territorio occidental (Pinar del Río, La Habana y Ciudad de La Habana). En el caso específico del Anopheles se encuentra en las áreas más rurales. Se ha reportado la presencia de triatóminos en regiones del occidente y en el oriente, en sus zonas rurales.

Propósito 10: Mantener índices de infestación por mosquito *Aedes aegypti* que no constituyan riesgo para la transmisión de Dengue.

Meta:

Línea de base	2010	2015
0.101	Eliminación	Mantener eliminación

Fuente: *Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial.*

Indicador: Índice Casa.

Propósito 11: Controlar la dispersión del *Aedes albopictus* a través de estrategias integradas.

Meta:

Línea de base	2010	2015
0.103	Inferior a 0.1	Inferior a 0.1

Fuente: *Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial.*

Indicador: Índice de depósitos.

Propósito 12: Intensificar las acciones para mantener los índices de infestación por roedores inferior al 10 %.

Meta:

Línea de base	2010	2015
24	Inferior a 10 %	Inferior a 10 %

Fuente: *Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial.*

Indicador: Índice de roedores.

Propósito 13: Mantener bajos índices Anophelinos que no constituyan riesgo de transmisión de malaria.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
Índice larvario	0.2 x m ²	Inferior a 20 larvas x m ²	Inferior a 15 larvas x m ²
Índice de picada	5 %	Inferior a 5 picadas hombre/ hora	Inferior a 5 picadas hombre/ hora

Fuente: *Unidad Nacional de Vigilancia y Lucha Antivectorial.*

Factores relacionados con el ambiente. Directrices

1. Prestar una especial atención, con una efectiva intersectorialidad y participación de todos los organismos responsables, al enfrentamiento y solución de los problemas complejos que afectan la calidad del agua, la disposición y tratamiento de los desechos sólidos y líquidos y la disminución de la contaminación ambiental.
2. Perfeccionar el trabajo de los programas de vigilancia y lucha antivectorial, priorizando las acciones contra los mosquitos transmisores del Dengue y el Paludismo.
3. Desarrollar y consolidar estrategias de participación comunitaria. Lograr el desarrollo de una real intersectorialidad que permita el enfrentamiento del problema de los vectores y su necesaria sostenibilidad.
4. Desarrollar la red de laboratorios para diagnóstico entomológico en todas las regiones del país.
5. Fortalecer la integración del trabajo de control de vectores a la Atención Primaria de Salud.
6. Desarrollar la investigación de la capacidad vectorial de algunas especies exóticas en nuestro país.

II. Factores relacionados con el comportamiento

Tabaquismo

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Se considera la mayor epidemia del siglo XX, constituyendo un reto para la Salud Pública Mundial el lograr disminuirlo. Es considerado el factor de riesgo que más incide en las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que ha devenido como uno de los principales problemas de salud, existiendo evidencia científica del número de muertes atribuibles a este nocivo hábito. La Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles (II ENFR) encontró una prevalencia de 32 % en personas de 17 años y más, los hombres fumaban en general un 10 % más que las mujeres; la iniciación global en el grupo de 20 a 24 años es de 22 % y un 80 % de los nuevos fumadores se iniciaron antes de los 20 años. La media de edad de inicio fue 17,1 años. Los varones se inician antes que las hembras. El consumo diario más frecuente fue 6-10 cigarros el cual predominó en las mujeres. Sólo a 4 de cada 10 fumadores su médico le recomendó dejar de fumar en los últimos 12 meses. Una política de control efectivo del tabaquismo constituye la intervención sanitaria de mayor impacto sobre la salud de la población.

Propósito 1: Reducir en 40 % la prevalencia de fumadores en la población cubana.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
General	32 %	20 %	40 %
	32	25.6	19.2

Fuente: *II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.*

Indicador: Prevalencia de fumadores en población de 17 años y más.

Propósito 2: Reducir en 40 % la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	25 %	20 %	40 %
	25	20	15

Fuente: *Encuesta Mundial sobre tabaquismo en jóvenes. Cuba, 2004.*

Indicador: Prevalencia de adolescentes que han consumido alguna vez tabaco.

Propósito 3: Reducir en 60 % la prevalencia de fumadores en los profesionales de la salud.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	31%	20 %	60 %
	31	24.8	12.4

Fuente: *Encuesta Provincial sobre Tabaquismo en médicos y enfermeras. Ciudad de La Habana. Cuba, 2005.*

Indicador: Prevalencia de fumadores en profesionales de la salud.

Propósito 4: Reducir en 12 % el tabaquismo pasivo.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	88 %	7 %	12 %
	88	81.8	77.4

Fuente: *Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en jóvenes. Cuba, 2004.*

Indicador: Prevalencia en expuestos al humo de tabaco ambiental.

Propósito 5: Reducir hasta 20 % la iniciación global en el grupo de 20 a 24 años.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	22.2 %	21 %	20 %

Fuente: *II Encuesta de Factores de Riesgo y ENT, Cuba 2001.*

Indicador: Porcentaje de iniciación global en población de 20-24 años.

Alcoholismo

Los principales problemas relacionados con el consumo excesivo de bebidas alcohólicas son: a mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y síndrome alcohólico fetal. Aumenta la violencia tanto física como verbal, se incrementan los accidentes del tránsito, laborales y domésticos, también se incrementan las conductas de alto riesgo social y para la salud y se favorece la comisión de hechos delictivos. No existe un límite de seguridad de consumo de bebidas alcohólicas que pueda garantizar la ausencia de efectos adversos consecutivos a dicha ingestión, pues cada persona y circunstancias son únicas. El porcentaje de muertes atribuibles al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, iguala o supera a las relacionadas con el abuso crónico y contribuye a los años potenciales de vida perdidos, pues incide mayoritaria-mente en gente joven. La reducción del consumo per cápita favorece la disminución del daño causado por el consumo de alcohol en una comunidad, aunque la magnitud de dicha repercusión no sólo depende del consumo por habitante, sino también del patrón de dicho consumo. En la actualidad, se estima que entre 6 % y 34 % de los lesionados admitidos en servicios de urgencias, tienen una alcoholemia positiva y que alrededor de 25 % de ellos presentan tests diagnósticos positivos de abuso o dependencia del alcohol. En los hospitalizados por lesiones, entre el 20 y 69 % padece algún trastorno por consumo de alcohol, lo que convierte al alcoholismo en la enfermedad crónica más prevalente en los pacientes con trauma.

Propósito 6: Disminuir en 20 % la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana.

Meta:

Línea de base	2010	2015
50 %	10 %	20 %
50	45	40

Fuente: *II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.*

Indicador: Porcentaje de población mayor de 15 años que consume bebidas alcohólicas.

Propósito 7: Disminuir en 15 % la prevalencia de consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

Meta:

Línea de base	2010	2015
7.7 %	7 %	15 %
7.7	7.2	6.5

Fuente: *II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.*

Indicador: Porcentaje de consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

Propósito 8: Prolongar la edad de venta de bebidas alcohólicas a 17 años.

Meta:

Línea de base	2010	2015
15	16	17

Fuente: *Consumo de alcohol en la población de 15 años y más. Municipio 10 de Octubre. 1998. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. MINSAP.*

Indicador: Media de edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas

Drogas

La II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostró que el 4.7 % de los encuestados respondió que sí tienen conocimientos acerca de personas que consumen drogas. El 5.2 % de los hombres respondieron que sí tienen conocimientos y en el caso de las mujeres fue de 4.3 %. El 1.3 % de los encuestados estuvo entre “sí y no estoy seguro de consumir drogas”, en caso que se las dieran a probar. El nivel de respuestas entre “sí y no estoy seguro” se comportó más o menos igual en ambos sexos y fue algo mayor entre 15 y 29 años (1.8 %). En la actualidad se estima que existe una tendencia a la disminución del consumo de drogas ilícitas y aumento de las lícitas. Entre los pacientes tratados no se recoge el dato de la recaída y reincidencia.

Propósito 9: Incrementar en 10 % la dispensarización de consumidores de drogas.

Meta:

Línea de base	2010	2015
3.6	5 %	10 %

Fuente: *GOSMA provinciales.*

Indicador: Tasa de pacientes dispensarizados por consumo de drogas x 10 000 hab.

Propósito 10: Incrementar la proporción de pacientes dispensarizados por consumo de drogas incorporados a tratamiento de deshabituación.

Meta:

Línea de base	2010	2015
85 %	92 %	97 %

Fuente: *GOSMA provinciales.*

Indicador: Porcentaje de pacientes dispensarizados por consumo de drogas incorporados a tratamiento de deshabituación.

Dieta y nutrición

Los factores de riesgo en la dieta de la población, relacionados con malos hábitos alimentarios, son varios y algunos de larga tradición: Según la II ENFR, 24 % de la población encuestada no tiene el hábito de desayunar. El 28 % usa la manteca para cocinar sistemáticamente. Diariamente sólo 14.5 % de la población consume vegetales y 14.4 % consume frutas. El 12.1 % de la población agrega sal a los alimentos en la mesa. El 31 % de la población toma suplementos de vitaminas y minerales. En el 2004 el 28% de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo presentaba anemia por déficit de hierro. La desnutrición al inicio del embarazo alcanza el 16.4%, mientras que la ganancia de peso deficiente en el embarazo es de un 12.1 %. El 30 % de los niños de 6 a 12 meses tenían anemia por déficit de hierro. La obesidad y sobrepeso como factores de riesgo, mostraron un incremento entre el 1995 y el 2001. En el año 2001, las mujeres tenían prevalencias de sobrepeso superiores a los hombres (47.0 y 37.6 %) y niveles mucho menores en normopeso que los hombres (57.0 y 46.8 %), lo cual se convierte en un problema de salud de mayor magnitud al combinarse con prevalencias más altas de sedentarismo y Diabetes Mellitus, lo que incrementa su riesgo cardiovascular. En especial en el caso de los niños de 1-14 años se observa una prevalencia de sobrepesos de un 13 %.

Propósito 11: Incrementar la proporción de adultos que tienen un peso corporal “saludable”. Hombres a un 65 % y mujeres a un 56 %.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
Masculino	57 %	61 %	65 %
Femenino	46 %	50 %	56 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de adultos con peso corporal “saludable” (IMC de 18.5 a 24.9).

Propósito 12: Disminuir la proporción de adultos con obesidad. Hombres a un 4% y mujeres a un 10 %.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
Masculino	8 %	6 %	4 %
Femenino	15 %	13 %	10 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de adultos con obesidad (IMC= 30).

Propósito 13: Disminuir a un 3.5 % la proporción de niños menores de 5 años con retardo del crecimiento.

Meta:

Línea de base	2010	2015
5.7 %	4.6 %	3.5 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de niños menores de 5 años con retardo en el crecimiento.

Propósito 14: Disminuir a un 8 % la proporción de embarazadas que tienen una ganancia de peso deficiente durante la gestación.

Meta:

Línea de base	2010	2015
16.9 %	10 %	8 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de embarazada con ganancia de peso deficiente durante la gestación

Propósito 15: Incrementar a un 40 % la proporción de personas que consumen al menos dos porciones diarias de frutas ~ 200g.

Meta:

Línea de base	2010	2015
16 %	25 %	40 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de personas que consumen al menos dos porciones diarias de frutas ~ 200g.

Propósito 16: Incrementar a un 50 % la proporción de personas que consumen al menos tres porciones diarias de vegetales ~ 300g.

Meta:

Línea de base	2010	2015
17 %	32 %	50 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de personas que consumen al menos tres porciones diarias de vegetales ~ 300g.

Propósito 17: Incrementar a un 45 % la proporción de personas (mayores de dos años de edad) con un consumo de grasas que aporte entre 20 y 30 % de la energía total.

Meta:

Línea de base	2010	2015
19 %	35 %	45 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de personas (mayores de dos años de edad) con un consumo de grasas que aporte entre 20 y 30% de la energía total.

Propósito 18: Incrementar a 55 % la proporción de personas con un consumo de azúcar que aporte menos de 15 % de la energía total.

Meta:

Línea de base	2010	2015
32 %	45 %	55 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de personas con un consumo de azúcar que aporte menos de 15 % de la energía total.

Propósito 19: Incrementar a 95 % la proporción de personas que no añaden sal a sus alimentos en la mesa.

Meta:

Línea de base	2010	2015
88 %	90 %	95 %

Fuente: Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.

Indicador: Proporción de personas que no añaden sal a sus alimentos en la mesa

Propósito 20: Disminuir a 15 % la proporción de niños menores de 2 años de edad con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 110$ g/L).

Meta:

Línea de base	2010	2015
30 %	20 %	15 %

Fuente: Bases de datos INHA. 2003.

Indicador: Proporción de niños menores de 2 años de edad con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 110$ g/L).

Propósito 21: Disminuir a 19 % la proporción de mujeres en edad fértil con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 120$ g/L).

Meta:

Línea de base	2010	2015
30 %	25 %	19 %

Fuente: Bases de datos INHA. 2003.

Indicador: Proporción de mujeres en edad fértil con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 120$ g/L).

Propósito 22: Disminuir a 15 % la proporción de embarazadas con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 110$ g/L).

Meta:

Línea de base	2010	2015
24 %	18 %	15 %

Fuente: INHA. Sistema de vigilancia del estado nutricional materno infantil mediante sitios centinelas. 2004.

Indicador: Disminuir la proporción de embarazadas con anemia por deficiencia de hierro ($Hb < 110$ g/L).

Sedentarismo

El sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. La contrapartida del sedentarismo es la actividad física. Pruebas irrefutables muestran que quienes llevan una vida activa son más saludables, viven más tiempo y tienen una mejor calidad de vida que las personas inactivas. La actividad física es un término amplio que abarca actividades que varían en intensidad desde subir las escaleras regularmente, bailar y caminar, hasta correr, montar bicicleta y practicar deportes. Una actividad física moderada puede llevarla a cabo cualquier persona, sin costo alguno y además, acomodarse a su rutina cotidiana. La investigación epidemiológica ha demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas que incluyen: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus no insulino dependiente, osteoporosis, cáncer de colon, ansiedad y depresión. De acuerdo con las dos encuestas nacionales de factores de riesgo, la cifra de prevalencia de sedentarismo encontrada en 1995 fue de 33 %, evidentemente la difícil situación económica que atravesaba el país originó un incremento de la actividad física en la población que se reflejó en una disminución en la prevalencia del sedentarismo y donde la crisis del transporte a partir de 1990 se vio reflejada en una alta prevalencia del uso de la bicicleta y de la caminata con un predominio de la primera en los hombres y de la segunda en las mujeres, después de esta etapa con un mejoramiento de las condiciones económicas y de las condiciones del transporte en el 2001, la prevalencia de sedentarios aumentó a 36.5 %, sobre todo a expensas del sexo femenino con un 45.1 % y masculinos con 27.5 %, lo que se comportó en la etapa anterior con 39.8 % de sedentarios del sexo femenino y 25.7 % masculinos.

Propósito 23: Incrementar a 40 % la proporción de la población adulta incorporada a actividades físicas sistemáticas.

Meta:

Línea de base	2010	2015
22 %	30 %	40 %

Fuente: *Informe Anual de Practicantes Sistemáticos.*

Indicador: Proporción de practicantes sistemáticos en población general.

Propósito 24: Disminuir a 32 % la prevalencia de personas sedentarias en población de 15 y más años.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
General	37 %	34 %	32 %
Masculino	28 %	25 %	22 %
Femenino	45 %	43 %	40 %

Fuente: *II Encuesta Nacional de FR y ENT. Cuba, 2001.*

Indicador: Prevalencia de personas sedentarias de 15 años y más por sexo en población general.

Factores relacionados con el comportamiento. Directrices

1. Promover cambios de comportamiento en la población y en grupos expuestos a riesgo, por la nocividad del tabaquismo, alcoholismo y las drogas, adoptando estilos de vida y conductas saludables.
2. Promover la no aceptación social del hábito de fumar y fomentar nuevas generaciones de no fumadores.
3. Propiciar la exigencia y cumplimiento de legislaciones que permitan proteger al fumador pasivo y aumentar la desestimulación tabáquica en fumadores.
4. Ofrecer ayuda especializada a las personas interesadas en intentar dejar de fumar.
5. Continuar la vigilancia epidemiológica de la prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y drogas en la población en general.
6. Perfeccionar la estrategia de información, educación y comunicación para al público externo relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
7. Promover la participación intersectorial en la práctica del ejercicio físico sistemático en el ámbito laboral y en la población en general.
8. Incrementar espacios y oportunidades para extender los servicios de actividades físicas generales y especializadas y fortalecer las acciones para la incorporación de la población, a las áreas terapéuticas e instalaciones deportivas.
9. Aumentar la cobertura de Grupos de Ayuda Mutua con horarios deslizantes e incrementar la permanencia del paciente con dependencia alcohólica.
10. Desarrollar estrategia de intervención en los grupos de riesgo sin dependencia alcohólica como componente de la salud mental en la Atención Primaria en Salud.
11. Disponer de medicamentos anticompuorsorios en la red de servicios médicos.
12. Garantizar el seguimiento y la rehabilitación del paciente alcohólico mediante acciones promovidas fundamentalmente desde la comunidad.
13. Realizar actividades de prevención que permitan la identificación y control de las conductas de riesgo y del consumo irresponsable de alcohol.
14. Incrementar la cultura alimentaria en relación con una dieta saludable, haciendo hincapié en el consumo adecuado de grasas, azúcar y sal.
15. Incrementar la disponibilidad de frutas y vegetales y seguir la tendencia del índice de precio al consumidor.
16. Mejorar la disponibilidad de suplementos farmacéuticos de hierro y de productos fortificados dirigidos a estos grupos vulnerables.

III. Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial (HTA) representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía. La reducción de la presión arterial diastólica en 2 mm Hg reducirá la incidencia de la enfermedad coronaria en 9 % y la de Ictus en 15 %. El control de la HTA diastólica reduce la incidencia de Ictus en 40% en personas de 60 años y más. El control de la HTA sistólica aislada reduce los Ictus en un 33 %. La II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo reportó que el 32.6% de la población urbana mayor de 15 años es considerada como hipertensa. Por registro de dispensarizados al cierre del 2004, 24.0 % de la población adulta fue registrada como hipertensa, cifra que debe ser mayor, pues existe una diferencia de individuos hipertensos no diagnosticados de 9 %. La prevalencia nacional de hipertensos para todas las edades es de 190.1 x 1 000 hab., tasa superior a la del año precedente (186.5 x 1 000 hab.), apreciándose provincias que muestran valores por encima de la media nacional. Acciones de intervención efectivas sobre este problema de salud tan frecuente serán decisivas sobre la disminución de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Propósito 1: Incrementar en 30 % el porcentaje de pacientes adultos hipertensos dispensarizados.

Meta:

Línea de base	2010	2015
24	15 %	30 %
24	27	31

Fuente: *SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.*

Indicador: Porcentaje de hipertensos dispensarizados en población de 15 años y más.

Propósito 2: Mejorar en 45 % el porcentaje de pacientes hipertensos conocidos controlados.

Meta:

Línea de base	2010	2015
51 %	15 %	45 %
51	59	75

Fuente: *II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*

Indicador: Porcentaje de hipertensos conocidos controlados que equivale a pacientes en tratamiento efectivo y con cifras de tensión arterial normales.

Propósito 3: Disminuir la media de la tensión arterial de la población general en 6 mm Hg.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
TA Máxima	123.2	3 mm Hg	6 mm Hg
	123.2	120.2	117.2
TA Mínima	78.6	3 mm Hg	6 mm Hg
	78.6	75.6	72.6

Fuente: *II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*

Indicador: Media de la tensión arterial máxima y mínima.

Cardiopatía isquémica

Las Enfermedades del Corazón continúan siendo la primera causa de muerte en Cuba desde hace más de 45 años y dentro de ellas, la causa más frecuente es la Cardiopatía Isquémica, que aportó el 72.5 % de los fallecidos por Enfermedades del Corazón en el 2004. La tendencia de la mortalidad por Cardiopatía Isquémica Aguda, ha sido ascendente desde el año 1980, con un pico en 1990 y otro menor en 1996, después fue descendente hasta el año 2004 en el cual ascendió ligeramente. En los últimos años se reportan alrededor de 15 000 fallecidos por Cardiopatía Isquémica anualmente. En el 2004 representaron el 18.8 % del total de fallecidos del país, con un incremento de la mortalidad de 2.3 % en relación al año 2003. La prevalencia de Infarto Agudo del Miocardio es de 7.0 por 1 000 habitantes mayores de 15 años por año, su incidencia en este último año fue de 1.54 por 1 000 habitantes mayores de 15 años y la mortalidad extrahospitalaria representa el 57.5 % de todos los fallecidos por esta causa. En el último decenio, se perdieron como promedio 8 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. En el 2004 se reportaron 11 609 casos nuevos de Cardiopatía Isquémica, que llevó a que en el país existan actualmente 285 969 pacientes dispensarizados por esta causa. La II ENFR detectó que el 50 % de las personas, de 15 años y más del área urbana con una cardiopatía isquémica, no conocían su diagnóstico.

Propósito 4: Reducir en un 15 % la mortalidad por cardiopatía isquémica.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	85.3	7 %	15 %
	85.3	79.0	72.5

Fuente: *Estadísticas Continuas de la Dirección Nacional de Estadística. 2004.*

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 5: Reducir en 15 % la mortalidad para el infarto agudo del miocardio.

Meta:

Línea de base	2010	2015
42.4	7 %	15 %
42.4	39.4	36.0

Fuente: *SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.*

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 6: Disminuir en 25 % la mortalidad extrahospitalaria en el infarto agudo del miocardio.

Meta:

Línea de base	2010	2015
57.5 %	12 %	25 %
57.5	53.5	48.9

Fuente: *SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.*

Indicador: Mortalidad extrahospitalaria x 100 defunciones por infarto agudo del miocardio.

Propósito 7: Disminuir en 25 % la letalidad intrahospitalaria por infarto agudo del miocardio.

Meta:

Línea de base	2010	2015
18.1 %	12 %	25 %
18.1	15.9	13.6

Fuente: *SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.*

Indicador: Letalidad por Infarto Agudo del Miocardio x 100 egresos.

Tumores malignos

El cáncer en Cuba es la segunda causa de muerte para todas las edades desde 1970. En los últimos años se reportan entre 14 000 y 16 000 fallecidos por tumores malignos anualmente. Elevándose a 18 000 personas desde el 2003. En el 2004 representaron el 23.1 % del total de fallecidos del país, con un incremento de la mortalidad en este año del 2.2 % en relación al año anterior. Es la primera causa de años de vida perdidos en el país. En los últimos años, se perdieron como promedio entre 12.7 y 16.9 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. Algunas localizaciones aumentan considerablemente: de 1980 al 2003 el cáncer de intestino excepto recto, se incrementó en un 92.1 %; tráquea, bronquios y pulmón en un 60.9 %; mama de la mujer 56 % y próstata 134.7 %. Expertos coinciden que el 42 % de los

tumores malignos son prevenibles, el 30% curable y la calidad de vida de una persona con cáncer se puede mejorar en un 30 %. El tabaco es el responsable del 30 % de los tumores malignos, la dieta inadecuada del 30%, las infecciones de un 20 % y los contaminantes de un 2 % a 3 %. Sólo al 10 % de ellos se le atribuyen causas genéticas.

Propósito 8: Reducir en un 15 % la tasa de mortalidad por cáncer.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	115.3	7 %	15 %
	115.3	107.2	98

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 9: Reducir en un 8 % la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
		4 %	8 %
General	27.3	26.2	25.1
Masculino	38.6	37	35.5
Femenino	17	16.3	15.6

Fuente: SIE de salud. 2004. Dirección Nacional de Estadística.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por sexo x 100 000 hab.

Propósito 10: Reducir en un 20 % la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
	5.3	10%	20 %
	5.3	4.7	4.2

Fuente: SIE de salud. 2004. Dirección Nacional de Estadística.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 11: Reducir en un 8 % la tasa de mortalidad por cáncer de colon.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
		4 %	8 %
General	9.4	9	8.6
Masculino	9.5	9.1	8.7
Femenino	9.6	9.2	8.8

Fuente: SIE de salud. 2004. Dirección Nacional de Estadística.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por sexo x 100 000 hab.

Propósito 12: Reducir en un 15 % la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el sexo femenino.

Meta:

Línea de base	2010	2015
14.1	7 %	15 %
14.1	13.1	11.9

Fuente: SIE de salud. 2004. Dirección Nacional de Estadística.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 13: Reducir en un 8 % la tasa de mortalidad por cáncer de próstata.

Meta:

Línea de base	2010	2015
26	4 %	8 %
26	25	23.9

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Enfermedades cerebrovasculares

Se han mantenido como tercera causa de muerte para todas las edades. En los últimos años se reportan entre 7 000 y 8 000 fallecidos por esta causa anualmente, con una franca tendencia al ascenso. En el 2004 representaron el 10.2 % del total de fallecidos del país, con un incremento de la mortalidad con relación al año precedente (88 defunciones más). Es la cuarta causa de años de vida perdidos. En el último decenio, se perdieron como promedio entre 4 y 4.9 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años, al continuar el desplazamiento de la enfermedad a grupos de edades más jóvenes y la sobremortalidad femenina, que presenta una tendencia al ascenso. Tanto la mortalidad extrahospitalaria como la letalidad hospitalaria se mantienen elevadas. En el 2004 se reportaron 3 958 casos nuevos de enfermedades cerebrovasculares, que incrementó la cifra del país a 52 717 pacientes dispensarizados por esta causa (4.7 por cada 1 000 habitantes). Es la primera causa de discapacidad entre las enfermedades neurológicas. La II ENFR mostró que el 37 % de las personas que tienen esta enfermedad tienen una discapacidad. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50 %) y a deterioro cognitivo de diverso grado (35 %), siendo la segunda causa más frecuente de demencia. La edad es el principal factor de riesgo no modificable y la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo modificable.

Propósito 14: Reducir en un 25 % la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.

Meta:

Línea de base	2010	2015
46.5	12 %	25 %
46.5	41	34.9

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 15: Reducir en un 30 % la tasa de mortalidad femenina por enfermedad cerebrovascular.

Meta:

Línea de base	2010	2015
44.6	15 %	30 %
44.6	38	31.2

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab. del sexo femenino

Propósito 16: Disminuir en un 30 % la letalidad por enfermedad cerebrovascular.

Meta:

Línea de base	2010	2015
19.9 %	15 %	30 %
19.9	16.9	13.9

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de letalidad x 100 egresos.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus constituyó la octava causa de muerte en el año 2004. La tasa de prevalencia de diabetes se han mantenido con incremento en el pasado quinquenio. En los últimos años se reportan entre 1 400 y 1 800 fallecidos por esta causa anualmente. En el 2004 representaron el 2.3 % del total de fallecidos del país, con un aumento significativo de la mortalidad en relación al año 2003, con 153 defunciones más. En el último decenio, se perdieron como promedio de 1 a 2 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. En el 2004 se reportaron 23 247 casos nuevos de diabetes por lo que se registran 342 371 pacientes dispensarizados (30.5 por cada 1 000 habitantes). Se estima que la tasa esperada de diabéticos conocidos para el país sea de alrededor de 38 x 1 000 hab., sin embargo por encuestas más recientes y lo observado mundialmente se considera que la tasa de prevalencia total pudiera estar alrededor de 60 x 1 000 hab., lo que haría que la proporción diabetes desconocida / diabetes conocida estuviera alrededor de la unidad.

Prácticamente en todos los países hay un incremento de la incidencia y de prevalencia, asociado fundamentalmente al incremento del sobrepeso y la obesidad así como al envejecimiento de la población. Es una causa importante de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de constituir un factor de riesgo esencial en importantes causas de muerte en el país, como el infarto del miocardio, los accidentes vasculares encefálicos y la insuficiencia renal terminal.

Propósito 17: Incrementar en un 30.0 % el diagnóstico de la diabetes mellitus.

Meta:

Línea de base	2010	2015
30.5	15 %	30 %
30.5	35.1	39.7

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004

Indicador: tasa de prevalencia x 1 000 habitantes.

Propósito 18: Aumentar en un 15 % los diabéticos controlados.

Meta:

Línea de base	2010	2015
70 %	7 %	15 %
70	74.9	80.5

Fuente: Base de datos del Departamento de Epidemiología del INEN proveniente de encuestas.

Indicador: Porcentaje de casos con hemoglobina glicosilada menor de 7 %.

Propósito 19: Disminuir en un 30 % mortalidad por Diabetes Mellitus.

Meta:

Línea de base	2010	2015
11.4	15 %	30 %
11.4	9.7	7.8

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 20: Disminuir las discapacidades por diabetes mellitus.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
Ceguera/Retinopatía	2.7 %	2 %	1.4%
Amputaciones	3.3 %	2.6 %	2%

Fuente: Diabetes Drafting Group: Prevalence of small vessel disease and large vessel disease in diabetic patients from 14 centers. *Diabetología* 28:615-640. 1985.

Indicador: Porcentaje de diabéticos ciegos por retinopatía diabética.

Indicador: Porcentaje de diabéticos con amputaciones mayores.

Enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está emergiendo como un problema de salud importante y creciente en Cuba, ocupó en el 2004 la posición número trece como causa de muerte; reportándose 503 defunciones, cifra que representó el 0.6 % del total de fallecidos. La prevalencia de pacientes dispensarizados que han progresado a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) nacionalmente en el 2004 fue de 9 761 pacientes, o sea 0.87 por cada 1 000 habitantes. Las investigaciones epidemiológicas han demostrado que la prevalencia esperada por ERC es de 1 800 360 pacientes. De ellos esperados con IRC 210 360 pacientes y con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) 3 360 pacientes, que son los que requerirán algún tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis o trasplante renal). Es evidente que existe un sub-diagnóstico de la enfermedad. La incidencia y la prevalencia de pacientes en diálisis tienen una tendencia creciente. La incidencia se ha incrementado como promedio un 14 % anualmente, alcanzando 1 246 pacientes, 111 por millón de habitantes y la prevalencia se ha incrementado como promedio un 11 % anualmente, alcanzando 1 666 pacientes, 149 por millón de habitantes, en el año 2004. En ese mismo año se realizaron 186 trasplantes renales, 16.6 por millón de habitantes.

Propósito 21: Incrementar el diagnóstico de enfermedad renal crónica e insuficiencia renal crónica.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
ERC	-	50	100
IRC	0.87	5,0	10,0

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Prevalencia de pacientes dispensarizados x 1 000 habitantes.

Propósito 22: Disminuir en un 10 % la incidencia de pacientes necesitados de diálisis.

Meta:

Línea de base	2010	2015
111	5 %	10 %
111	105	100

Fuente: Centro de Coordinación Nacional del Programa de ERC, Diálisis y Trasplante Renal.

Indicador: Incidencia de pacientes en diálisis. Pacientes por millón de población (PMP).

Propósito 23: Disminuir en un 50 % la mortalidad en diálisis.

Meta:

Línea de base	2010	2015
31.7 %	25 %	50 %
31.7	24	15.9

Fuente: Centro de Coordinación Nacional del Programa de ERC, Diálisis y Trasplante Renal

Indicador: Tasa bruta de mortalidad al año (%).

Propósito 24: Cubrir la total necesidad de pacientes en diálisis.

Meta:

Línea de base	2010	2015
149	268	478

Fuente: Centro de Coordinación Nacional del Programa de ERC, Diálisis y Trasplante Renal.

Indicador: Prevalencia de pacientes en diálisis PMP.

Propósito 25: Realizar trasplante renal a todo paciente que lo necesite.

Meta:

Línea de base	2010	2015
16.6	25	50

Fuente: Centro de Coordinación Nacional del Programa de ERC, Diálisis y Trasplante Renal.

Indicador: Tasa trasplantes renales por año PMP.

Propósito 26: Incrementar en un 50 % la supervivencia del injerto renal primario de donante cadáver al año.

Meta:

Línea de base	2010	2015
60 %	25 %	50 %
60	75	90

Fuente: Centro de Coordinación Nacional del Programa de ERC, Diálisis y Trasplante Renal.

Indicador: Tasa de supervivencia actuarial del injerto renal primario de donante cadáver al año (%).

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias

Constituyeron la séptima causa de muerte en el año 2004. En el último decenio se reportan entre 2 000 y 2 500 fallecidos por esta causa anualmente. Elevándose a 3 062 defunciones en el 2004, lo que representó el 3.8 % del total de fallecidos del país, con un incremento de 154 defunciones más en relación al año 2003. Es también la quinta causa de años de vida perdidos. En los

últimos años se perdieron como promedio entre 1.2 y 2 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa.

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Constituye la principal causa de muerte por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Representaron del 8-10 % de asistencia a consultas del médico de familia y el 35 % de las consultas a neumólogos. Una alta prevalencia en el sexo masculino y una tendencia al incremento en mujeres.

Asma bronquial

A partir del año 1999, esta entidad ha experimentado un aumento de la dispensarización en la atención primaria de salud. En el 2004 constituyó la segunda enfermedad de mayor prevalencia, 87.4 x 1 000 hab. (982 218 dispensarizados), cifra que se incrementó en un 1.4% en comparación con el 2003; representó la primera causa de egresos hospitalarios dentro de las enfermedades no transmisibles. En el año 2004 el riesgo de morir por esta causa fue de 2.4 x 100 000 hab. La mortalidad extrahospitalaria continúa oscilando de un 50 al 64 %, siendo más elevada en las ciudades. Por grupos de edades en el año 2004 el comportamiento fue de mayores de 65 años 9,9 x 100 000 hab. y menores de 65 años 1.5 x 100 000 hab.

Propósito 27: Disminuir la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 5 % en los hombres y un 8 % en las mujeres.

Meta:

	Línea de Base	2010	2015
Masculino	17.4	2 %	5 %
	17.4	17	16.5
Femenino	11.4	3 %	8 %
	11.4	11.1	10.5

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 28: Disminuir en un 10 % la mortalidad por asma bronquial.

Meta:

	Línea de Base	2010	2015
	1.8	5 %	10 %
	1.8	1.7	1.6

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad ajustada x 100 000 hab.

Propósito 29: Disminuir en un 45 % la mortalidad extrahospitalaria por asma bronquial.

Meta:

Línea de base	2010	2015
64.4 %	20 %	45 %
64.4	51.5	35.4

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Porcentaje de asmáticos que fallecen fuera del hospital.

Propósito 30: Disminuir en un 25 % la sobremortalidad femenina por asma bronquial.

Meta:

Línea de base	2010	2015
1.2	12 %	25 %
1.2	1.1	0.9

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Razón mujeres fallecidas por asma bronquial / hombres fallecidos por asma bronquial.

Transtornos mentales y lesiones autoinfligidas

Depresión

Se presenta con una prevalencia de 4.9 %. Estudios de atención primaria reportan que el 25 % de las personas que demandan servicios de salud están deprimidas y menos del 40 % ha recibido tratamiento antidepresivo. Evoluciona hacia la cronicidad en un 60 % de las personas y las recaídas ocurren entre el 50 % y el 80 % de los enfermos. Es responsable del 52 % de la pérdida de la productividad y el ausentismo y de un 17 % de la discapacidad y el suicidio.

Demencia y enfermedad de Alzheimer

En los últimos años se reportan entre 1 600 y 2 200 fallecidos por esta causa. En el 2004 representaron el 2.8 % del total de fallecidos del país, con la ocurrencia de 199 defunciones más que en el año anterior. Fue la decimocuarta causa de años de vida perdidos en el país. En el último decenio, se perdieron como promedio de 1.3 a 2.3 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. Según estudios realizados en el año 2003, el 99.4 % de los fallecidos con Demencia y Alzheimer tenían 60 años o más, y del 100 % de los fallecidos, el 89 % pertenece al grupo de 75 años y más. La tendencia de esta causa es al incremento y se calcula que existan 250 000 enfermos de Alzheimer en nuestro país para el 2020.

Esquizofrenia

En el 2004 se encontraban dispensarizados 26 205 pacientes, para una tasa de 2.3 x 1 000 hab. Esta causa reduce la esperanza de vida del individuo en una media de 10 años. El 80 % de los pacientes esquizofrénicos permanecen en la comunidad. Cerca del 60 % de las camas en hospitales psiquiátricos son ocupadas por estos pacientes.

Lesiones autoinfligidas

Constituyeron en el 2004 la décima causa de muerte. En el último decenio se reportan alrededor de 1 500 fallecidos por esta causa anualmente. En el 2004 aportaron el 1.8 % del total de fallecidos del país, reportándose 1 499 defunciones. En los últimos años se perdieron como promedio de 3 a 4 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. En el 2004 se reportaron 11 503 casos nuevos de intentos suicidas (102.3 x 100 000 habitantes). El intento suicida afecta a las edades por encima de 9 años, en mayor proporción con el aumento en la edad.

Propósito 31: Incrementar hasta el 90 % la proporción de pacientes esquizofrénicos incorporados a programas de rehabilitación comunitaria.

Meta:

Línea de base	2010	2015
81%	85 %	90 %

Fuente: GOSMA provinciales. 2004.

Indicador: Porcentaje de pacientes esquizofrénicos que permanecen en la comunidad y tienen un plan de rehabilitación individualizado acorde a su grado de validísimo, capacidades y necesidades.

Propósito 32: Disminuir la mortalidad ajustada por suicidio en la población general.

Meta:

Línea de base	2010	2015
13.3	12.0	10.8

Fuente: Estadísticas Continuas de la Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad ajustada x 100 000 habitantes.

Accidentes y agresiones

La prevención de accidentes puede considerarse una emergencia de salud pública y una emergencia social debido a la elevada mortalidad, morbilidad y

discapacidad que ocasionan, así como el elevado costo económico que directa o indirectamente representan y por la enorme carga de sufrimiento humano que comportan. En Cuba, desde hace varias décadas, los accidentes aparecen entre las primeras causas de muerte para todas las edades, aunque con mayor incidencia en niños, jóvenes y adultos mayores de acuerdo al tipo de accidente, ocupaban la cuarta causa de mortalidad general hasta que desde 1999 fueron desplazados al quinto lugar por la influenza y neumonía. En los menores de un año representan la sexta causa de muerte, la primera en el grupo de 1 a 19 años, la segunda en el de 15 a 49 años y la quinta en el de 50 a 64 años. La mayor incidencia es en el sexo masculino. Los accidentes de tránsito son los de mayor gravedad y las caídas son las causas más frecuentes de lesiones no mortales. Los accidentes ocuparon en el 2004 el cuarto lugar en años de vida potencialmente perdidos, con una cifra de 9.6 por 1 000 habitantes. Dentro de los accidentes, los de tránsito y las caídas accidentales son los responsables de casi el 70 % de los fallecidos y ambos representan los niveles más altos de muertes violentas. Las Agresiones ocupan el lugar 12° como causa de muerte en el 2004, observándose una sobremortalidad masculina, con un total de 508 defunciones y 150 del sexo femenino. Las defunciones se distribuyen en todos los grupos de edades, con las cifras más elevadas en el grupo de 15 a 39 años de edad, con un total de 421 fallecidos, que representa el 64 % de las defunciones por esta causa. En Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), ocupa la décima posición, perdiéndose por cada 1 000 habitantes, 2.6 años de vida para todas las edades y ambos sexos, en el año 2004. En el grupo de 15 a 59 años de edad se reportan las tasas más altas. Las causas más frecuentes de homicidios fueron las agresiones por arma blanca en un 70.3 % seguidas de las agresiones por arma de fuego y las estrangulaciones, con 9.3 % cada una de ellas. Un dato interesante resulta el hecho de que más de un 50 % de los casos de homicidio, en que no hubo estadía hospitalaria, tenían alcoholemia positiva.

Propósito 33: Reducir en un 20 % la mortalidad por accidentes.

Meta:

Línea de base	2010	2015
28.2	10 %	20 %
28.2	25.4	22.6

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad ajustada x 100 000 hab.

Propósito 34: Reducir en un 20 % la mortalidad por caídas accidentales.

Meta:

Línea de base	2010	2015
13.1	10 %	20 %
13.1	11.8	10.5

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 35: Reducir en un 20 % la mortalidad por accidentes vinculados al tránsito.

Meta:

Línea de base	2010	2015
10.8	10 %	20 %
10.8	9.7	8.6

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 36: Reducir en un 25 % la mortalidad por agresiones.

Meta:

Línea de base	2010	2015
5.1	12 %	25 %
5.1	4.5	3.8

Fuente: Estadísticas Continuas de la Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Ceguera prevenible

Según estimados de la Organización Mundial de la Salud, en el planeta, la prevalencia de ceguera por todas las causas asciende actualmente a 50 millones de ciegos con un incremento anual de 2,5 millones, de los que el 90 % se encuentran en países en vías de desarrollo. En Cuba se considera que la magnitud del problema puede estar en 60 000 ciegos por todas las causas, es decir 1 : 200 habitantes, de ellos 33 600 por cataratas. Una encuesta rápida de prevalencia de ceguera por cataratas en pacientes mayores de 50 años en Ciudad de La Habana, aplicada en el año 2005, mostró los siguientes resultados: de un total de 2 713 personas mayores de 50 años examinadas se concluyó que la prevalencia de ceguera, por todas las causas, era de 2.3 %. Las causas fueron las siguientes: 50 % ceguera por cataratas, 26 % por glaucoma y 9 % por retinopatía diabética. Las principales causas de ceguera prevenible y tratable en Cuba son: catarata, glaucoma, retinopatía diabética, trastornos corneales y retinopatía de la prematuridad. La frecuencia de casos de retinopatía de la prematuridad en Cuba es de 1 por 10 000 nacidos vivos y actualmente constituyen el 20 % de los alumnos matriculados en escuelas de ambliopes y débiles visuales.

Propósito 37: Eliminar la ceguera prevenible.

Indicador	Línea de base	2010	2015
Prevalencia de Ceguera	2.3 %	Eliminar	Mantener
Cataratas	50 %	Eliminar	Mantener
Glaucoma	26 %	Eliminar	Mantener
Retinopatía Diabética	9 %	Eliminar	Mantener

Continuación. **Propósito 37:** Eliminar la ceguera prevenible.

Indicador	Línea de base	2010	2015
Trastornos Corneales	12 %	Eliminar	Mantener
Retinopatía de la Prematuridad	20 %	Eliminar	Mantener
Degeneración Macular relacionada con la edad	15 %	Controlar	Mantener

Fuente: Encuesta Nacional RACSS, Programa Nacional de Salud Ocular.

Indicador: Porcentaje de población.

Enfermedades osteoarticulares

Según el estudio de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), realizado a una muestra de adultos mayores de Ciudad de La Habana en el 2000:

- El 55.6 % de los adultos mayores refieren padecer de artrosis.
- El sexo femenino refiere padecer de artritis en una frecuencia superior a la referida por los hombres (66.8 % y 39.5 % respectivamente).

Un estudio en Ciudad de La Habana, en población entre 18 y 60 años mostró que el 39 % de las personas habían tenido, al menos una vez antes, una sacrolumbalgia, la cual les produjo diferentes afectaciones de su calidad de vida. No existen en la comunidad científica cubana otros estudios de prevalencia de esta enfermedad. Sin embargo, es consenso de todos los expertos, la elevada prevalencia de esta entidad en la población, lo cual implica un impacto significativo sobre el uso de servicios y el incremento en la carga de discapacidad. En relación con la osteoporosis, los estudios de prevalencia en la población cubana también son limitados.

Propósito 38: Reducir en un 20 % la mortalidad por Fractura de Cadera.

Meta:

Línea de base	2010	2015
8.4	10 %	20 %
8.4	7.5	6.7

Fuente: SIE de Salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Mortalidad ajustada x 100 000 hab.

Enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud. Directrices

1. Desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación social en relación con la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños.

2. Fortalecer la participación intersectorial, comunitaria, el papel del policlínico y el hospital, con una atención médica de excelencia, con énfasis en la promoción de salud, la prevención, curación y rehabilitación relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños.
3. Perfeccionar el sistema de vigilancia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños, que permita implementar acciones oportunas de intervención.
4. Mejorar el trabajo interdisciplinario en el control de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños, a partir del fortalecimiento de las comisiones técnicas asesoras y de la participación de los institutos nacionales de investigación en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
5. Perfeccionar la dispensarización de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud, logrando el adecuado pesquisaje, el control y la continuidad de la atención de las personas afectadas.
6. Implementar nuevas guías de prevención y control de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud, con énfasis en el abordaje desde la Atención Primaria de Salud.
7. Desarrollar las redes nacionales de cardiología, oncología y de centros de atención al diabético.
8. Desarrollar y modernizar las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que permitan una mejoría en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños como las causas violentas.
9. Desarrollar las acciones integrales de rehabilitación precoz y de base comunitaria en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños, que permitan disminuir la discapacidad e incrementar su reinserción social.
10. Mejorar la calidad de los certificados de defunción en los fallecidos por ECNT, utilizando criterios clínicos, anatomopatológicos, electrocardiográficos, enzimáticos y antecedentes de enfermedad crónica no transmisible.
11. Analizar mensualmente en los policlínicos y hospitales todos los fallecidos, con énfasis particular en los que ocurran por infarto agudo del miocardio, cáncer, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedades obstructivas crónicas pulmonares, asma bronquial, insuficiencia renal, suicidio, accidentes, agresiones y otras causas importantes, determinando los factores que influyen para ejecutar las intervenciones necesarias.
12. Promover y apoyar proyectos específicos que contribuyan a la prevención de las manifestaciones de Violencia más relevantes en nues-

- tro medio y que alerten a la comunidad sobre las causas y efectos de la Violencia, dejando de considerarla como un fenómeno inevitable.
13. Promover el cumplimiento de las legislaciones vigentes relacionadas con los accidentes, agresiones y sus factores de riesgo.
 14. Implementar el sistema de vigilancia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños, que constituyen causas de ceguera prevenible.
 15. Desarrollar la Red Nacional de Oftalmología en el país con la introducción de las nuevas tecnologías y el perfeccionamiento continuo de los profesionales y técnicos.
 16. Implementar un programa nacional de eliminación de la ceguera prevenible que involucre a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

IV. Enfermedades bucodentales

Las caries dentales, enfermedad transmisible, prevenible y asociada a los estilos de vida, afecta al 98 % de la población mundial, es considerada la de mayor prevalencia. El indicador internacional utilizado para su comparación entre los países es el Índice Promedio de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPO-D) a los 12 años de edad. La OMS recomienda un resultado de CPO-D que sea inferior a tres en niños de doce años. En Cuba el 90 % de la población ha tenido alguna experiencia de Caries. A los 5 años de edad el 2 % está afectado. Los mayores de 12 años son los que más afectación presentan. Es la principal causa de pérdida dentaria. La Enfermedad gingival se ha caracterizado como un proceso de causalidad compleja, de carácter reversible. Actualmente se sabe que la gingivitis es la enfermedad bucal de mayor prevalencia. La misma es diagnosticada prácticamente en el 100 % de los individuos dentados. La prevalencia de la enfermedad periodontal ha sido estimada hasta en un 70 % en adultos en los Estados Unidos, en Alemania los segmentos afectados llegan a ser de 3.6 a la edad de 35 a 44 años y de 2.6 en los de 65 a 74, mientras que Japón tiene 4.2 y 3.6 respectivamente. Están muy asociadas a los estilos de vida y condiciones socioeconómicas, son la segunda causa de pérdida dentaria. En Cuba 52 % del total tiene algún grado de afectación. El grupo de 35 a 44 es el que mayor afectación presenta con un 74.5 %. El sexo más afectado fue el femenino con un 54 %. Los trastornos de la oclusión pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones: masticación, deglución, fonación, respiración; además, su presencia hace al individuo susceptible a traumas dentarios, caries, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares. El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, con diferencias en el sexo y la edad. En Cuba según la Encuesta Nacional realizada en 1998, de un total de 1 197 encuestados en las edades de 5, 12, 15 años, el porcentaje de afectados

por mal oclusiones fue de 20 %, 44 % y 35 % respectivamente, para un total de 33.2 %.

Propósito 1: Disminuir en un 40% la prevalencia de Caries Dental en la población cubana.

Meta:

Indicador	Línea de Base	2010	2015
Porcentaje de niños con ceo-d + CPO-D=0, a la edad de 5 años	55 % 55	10 % 49.5	20 % 44
Índice CPO-D a los 12 años	1.6 1.6	25 % 1.2	40 % 1.0
Porcentaje de población de sus dientes	76 % 76	10 % 83.6	20 % 91.2
Promedio de dientes perdidos de edad	6.6 6.6	10 % 5.9	40 % 3.9
Promedio de dientes perdidos de edad	20.6 20.6	13 % 18	17 % 17

Fuente: Estudio Nacional de Salud Bucal. Cuba. 1998. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP

Propósito 2: Incrementar en un 15.0 % el porcentaje de población sin Enfermedades Gingivales y Periodontales.

Meta:

Línea de base	2010	2015
48%	7%	15%
48	51.3	55.2

Fuente: Estudio Nacional de Salud Bucal. Cuba. 1998. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP.

Indicador: Porcentaje de población sin afectación gingival y periodontal.

Propósito 3: Aumentar en un 12 % el porcentaje de población infantil y adolescente sin maloclusiones.

Meta:

Línea de base	2010	2015
66.8 %	5 %	12 %
66.8	70.1	74.8

Fuente: Estudio Nacional de Salud Bucal. Cuba. 1998. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP.

Indicador: Porcentaje de población infantil (hasta los 15 años de edad) sin maloclusiones.

Enfermedades bucodentales. Directrices:

1. Divulgación en la población de la importancia de la salud bucal y como mantenerla.
2. Fortalecer la prevención, principalmente la fluoruración de la sal de consumo, la realización sistemática de enjuagatorios y aplicaciones de laca flúor, la disponibilidad de cepilleros en los centros escolares y la detección temprana de hábitos inadecuados.
3. Reforzamiento de los contenidos sobre promoción de salud bucodental en las carreras de Ciencias Médicas.
4. Mantener e incrementar la estabilidad de los renglones de uso estomatológico.
5. Rehabilitación de los servicios estomatológicos, mejorando la cobertura y accesibilidad a los servicios.
6. Desarrollar acciones de diagnóstico precoz del cáncer bucal mediante pesquisaje activo, mejorando la calidad del examen y el diagnóstico y analizar mensualmente los fallecidos por esta causa en los servicios estomatológicos

V. Enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes

Influenza y neumonía

La influenza y neumonía constituye la cuarta causa de muerte para todas las edades. En los últimos años se reportan entre 5 000 y 6 900 fallecidos cada año por esta causa. En el 2004 representaron el 8.1 % del total de fallecidos del país, apreciándose un incremento de la mortalidad de un 16.4 %, en relación al año precedente. Es también la quinta causa de años de vida perdidos. En el pasado decenio, se perdieron como promedio entre 1.5 y 2 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. Se mantienen los mayores de 65 con el mayor aporte (56,4 %) y dentro de ellos los mayores de 85 con 1 405 fallecidos que representan el 53 %. Se reportan anualmente 5 millones de consultas de medicina por esta causa desde hace tres años y representan el 30 % de las hospitalizaciones. En el 2004 se reportaron 4 570 926 atenciones médicas, para una tasa de 407 x 1 000 hab.

Propósito 1: Reducir en un 40 % la mortalidad por influenza y neumonía en población de 65 años y más.

Meta:

Línea de base	2010	2015
500.3	20 %	40 %
500.3	400.2	300.2

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad x 100 000 hab. de 65 años y más.

ITS/VIH/SIDA

En Cuba la epidemia del VIH/SIDA ha mantenido un lento pero sostenido crecimiento desde 1996. Desde 1986 y hasta diciembre del 2004, se han diagnosticado un total de 6 025 seropositivos al VIH, 2 535 de ellos han enfermado de SIDA y han fallecido por esa causa un total de 1 222 personas. Durante el año 2004 se diagnosticaron 768 nuevas infecciones contra 740 durante el 2003, para 28 casos más. La epidemia creció en un 3.8 % con relación al año anterior contra 14.9 % de incremento durante el 2003 respecto al 2002. La Sífilis y la Blenorragia mantienen una tendencia descendente, varios factores han sido identificados como determinantes de este comportamiento, entre ellos: automedicación, sub-reporte de casos y debilidades en el diagnóstico de laboratorio.

Propósito 2: Reducir en un 14 % la incidencia del VIH/SIDA en la población de 15 a 34 años.

Meta:

Línea de base	2010	2015
13.8	7 %	14 %
13.8	12.8	11.9

Fuente: Reporte anual de la Vigilancia epidemiológica, Dirección de Epidemiología, MINSAP, 2004.

Indicador: Tasa de incidencia de VIH x 100 000 hab.

Propósito 3: Reducir la mortalidad debida al VIH/SIDA en un 13%

Meta:

Línea de base	2010	2015
0.7	7 %	13 %
0.7	0.65	0.61

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por VIH x 100 000 hab.

Enfermedades de transmisión digestiva

Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

En el 2004 la morbilidad fue de 674 401 atenciones médicas para un índice de 60 x 1 000 habitantes y la mortalidad general de 241 fallecidos para una tasa de 2.1 x 100 000 habitantes. Son una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años de edad en los países en desarrollo, causando aproximadamente 1 500 millones de episodios en niños menores de 5 años y 3.2 millones de muertes al año por esta causa en ese grupo de edad. Los registros de morbilidad por enfermedades infecciosas intestinales en los

últimos 15 años no sobrepasan 0.2 atenciones médicas/niño/año. El grupo que mayor demanda presenta son los menores de 1 año. En nuestro país la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales es muy baja en los menores de 15 años con 1.0 defunciones por cada 100 000 habitantes menores de 15 años y en los menores de 1 año es de 0.1 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos.

Propósito 4: Reducir en un 25 % la morbilidad de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

Meta:

Línea de Base	2010	2015
60	12 %	25 %
60	53	45

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Índice de atenciones médicas por EDA x 1 000 hab.

Hepatitis Viral Tipo A

La mayor incidencia de la Hepatitis A se observa en países en vías de desarrollo, especialmente en la zona de los trópicos, donde las deficientes condiciones higiénicas favorecen la difusión del virus. En estos países la infección es endémica y el 100 % de los niños se infectan antes de los 10 años. Los países con un alto desarrollo se consideran de baja endemicidad y solamente se detecta un escaso número de Hepatitis A. Se reportan 10 millones de casos anualmente en el mundo. Presenta ciclos epidémicos naturales en los países desarrollados cada 10 años y en los países en vías de desarrollo a los 3, 5 ó 10 años produciendo pérdidas económicas calculadas en 3 000 millones de USD anualmente. En Cuba antes de 1989 las Hepatitis Virales de todos los tipos se notificaban solamente como Hepatitis Virales, porque no se realizaba la clasificación del serotipo. Es a partir de este año que comenzó a clasificarse la Hepatitis B mediante la determinación de su antígeno de superficie ($HB_{s}Ag$) y la IgM anti- VB_{c} y las restantes se clasificaban con este criterio diagnóstico más los criterios clínicos y epidemiológicos en Hepatitis A. En el año 1998 se introduce el diagnóstico de la Hepatitis C a través del anti-VHC; entonces las Hepatitis que no eran clasificadas como B ni C se les consideraban como Hepatitis A por un criterio de exclusión. Actualmente el diagnóstico de laboratorio de la Hepatitis A se realiza a todas las embarazos que desarrollan una Hepatitis Viral, a los casos ingresados por esta enfermedad y además se verifica del 5 a 10 % de los casos que se presentan en los brotes de todo el país. En el período comprendido de 1989 al 2002, de un total de 274 092 casos notificados como Hepatitis Viral: 77.4% correspondió al tipo A; 6.6 % al tipo B; 0.3 % al tipo C y el 15.5 % se quedaron sin clasificar.

Propósito 5: Disminuir en un 60 % la incidencia de Hepatitis A.

Meta:

Línea de base	2010	2015
90.6	30 %	60 %
90.6	63.4	36.2

Fuente: SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de incidencia x 100 000 hab.

Enfermedades eliminadas, emergentes y reemergentes

El flujo creciente al país de personal extranjero proveniente de áreas endémicas, así como la salida del personal cubano, unido a condiciones intrínsecas de nuestro medio que favorecen la aparición o reaparición de estas enfermedades, constituyen factores que nos obligan a mantenernos alertas en este sentido.

Paludismo: La morbilidad por Paludismo en este año fue de 26 casos importados, de ellos el 53.8% corresponde a cubanos (14 casos) y el 46.1 % a extranjeros (12 casos). Su presentación sería en brotes locales de mayor o menor magnitud.

Dengue: Al cierre del 2004 se reportan 112 casos evacuados por dengue desde Venezuela. Se notifican 17 casos de dengue importados. Su presentación sería en brotes locales de mayor o menor magnitud.

Rubéola: Se produce un brote en el 2004. Se detectaron 141 casos en extranjeros y 18 en cubanos en contactos. Depende de los niveles inmunitarios que logremos con la vacuna y la importación de casos.

Leptospirosis: En el 2004 se confirmaron 294 casos, para una tasa de 2.6 x 100 000 habitantes. Ocurrieron 29 defunciones por esta causa, para una letalidad de 10.4 %. Enfermedad endemo-epidémica en Cuba muy relacionada con la ocurrencia de lluvias y la infección de las personas por aguas contaminadas.

Parotiditis: Durante el año 2004 se reportaron varios brotes por esta enfermedad.

Rabia: En el 2004 se notificaron 111 casos de rabia animal. Se mantiene alto el riesgo para los humanos de contraer rabia, dado a que aún es muy elevado el número de personas lesionadas por animales que se notifican anualmente.

Propósito 6: Mantener las enfermedades que han sido eliminadas y seguir reduciendo las tasas de morbi-mortalidad por Enfermedades Infecciosas fundamentalmente Leptospirosis, Tuberculosis y Enfermedades Infecciosas del Sistema Nervioso.

Indicador	Línea de Base	2010	2015
Incidencia de Difteria	Eliminada	Mantener	Mantener
Incidencia de Tosferina	Eliminada	Mantener	Mantener
Incidencia de Tétanos neonatal	Eliminada	Mantener	Mantener
Incidencia de Sarampión	Eliminada	Mantener	Mantener
Incidencia de Poliomieltitis	Eliminada	Mantener	Mantener
Incidencia de Rubéola	Eliminada	Mantener	Mantener

Continuación. **Propósito 6:** Mantener las enfermedades

Indicador	Línea de Base	2010	2015
Incidencia de Parotiditis	2.5	Eliminar	Mantener
Incidencia de Tuberculosis	6.6	Disminuir	Disminuir
Incidencia de Leptospirosis	2.6	Disminuir	Disminuir
Incidencia de Meningitis			
Meningococica	0.2	Disminuir	Disminuir
Incidencia por			
Meningoencefalitis por			
H influenzae tipo B	0.1	Disminuir	Disminuir
Incidencia de Lepra	1.9	Disminuir	Disminuir
Incidencia de Tétanos	0	Mantener	Mantener
Incidencia de Sífilis	24.0	Disminuir	Disminuir

Fuente: Anuario estadístico 2004

Indicador: Tasa por 100 000 hab.

Propósito 7: Evitar la introducción de enfermedades exóticas a nuestro país como Paludismo, Dengue, SRAS, Influenza aviar, Fiebre del Nilo, Cólera y otras.

Indicador	Línea de Base	2010	2015
Incidencia de Paludismo	0	Mantener	Mantener
Incidencia de Dengue	0	Mantener	Mantener
Incidencia de SRAS	0	Mantener	Mantener
Incidencia de Influenza aviar	0	Mantener	Mantener
Incidencia de Fiebre del Nilo	0	Mantener	Mantener
Incidencia de Cólera	0	Mantener	Mantener

Fuente: Anuario estadístico 2004

Indicador: Tasa por 100 000 hab. de casos introducidos y/o autóctonos.

Infecciones en instituciones de salud

Las Infecciones Nosocomiales (IN) son un problema de salud mundial. Del 6 al 12 % de los pacientes hospitalizados la adquieren. La letalidad por estas infecciones es de 5 %, varía según el hospital y el servicio. Estudios OMS muestran tasas de 8.7 % como incidencia promedio. 1.4 millones de personas padecen de una IN en un año. Las IN más frecuentes son las de las heridas quirúrgicas, infecciones del tractus urinario y las del tractus respiratorio bajo. Las IN predominan en la UCI, pacientes quirúrgicos y ortopédicos. En Cuba las IN son también un problema de salud. Entre 2 y 3 pacientes por cada 100 egresos la adquieren. Las IN predominan en los servicios donde se brindan cuidados intensivos. Debido al deterioro sufrido en los hospitales tanto en su estructura organizativa como en el personal especializado en vigilancia, du-

rante el Período Especial y el debilitamiento de la microbiología; se estima que el sub-registro de las infecciones puede haber crecido hasta un 25 % del total de la incidencia de este tipo de infecciones.

Propósito 8: Reducir en un 20 % el indicador de infecciones en instituciones de salud.

Meta:

Línea de base	2010	2015
5	10%	20%
5	4.5	4

Fuente: Tasa estimada. Dirección Nacional de Epidemiología.

Indicador: Índice de infección intrahospitalaria x 100 egresos.

Propósito 9: Disminuir la incidencia en los servicios de riesgo (cuidados intensivos).

Meta:

	Línea de base	2010	2015
UTI	6	7%	15%
	6	5.6	5.1
UTIP	4	8%	15%
	4	3.7	3.4
UCIN	10	12%	25%
	10	8.8	7.5

Fuente: Tasa estimada. Dirección Nacional de Epidemiología.

Indicador: Tasas de infección intrahospitalaria en servicios de riesgo.

Propósito 10: Disminuir en un 10 % la letalidad por infecciones intrahospitalarias en los servicios de cuidados intensivos.

Meta:

	Línea de base	2010	2015
		5 %	10 %
UTI	11.8	11.2	10.6
UTIP	12.7	12.1	11.4
UCIN	14.2	13.5	12.8

Fuente: Tasa estimada. Dirección Nacional de Epidemiología.

Indicador: Tasa de letalidad por infecciones intrahospitalarias.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva Adultos.

UTIP: Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes Directrices

1. Coberturas de inmunización
 - a. Superior al 95% con Ttriple Viral en población infantil.
 - b. Superior al 95% con Tetraivalente (DPT y Hepatitis B) en población infantil.
 - c. Superior al 95% con Toxoide Tetánico en población adulta.
 - d. 100 % con Toxoide Tetánico en embarazadas.
 - e. Superior al 95% con Antimeningocócica en menores de 1 año.
 - f. Superior al 95 % con Anti Hemhopilus Influenzae en menores de 1 año.
 - g. Lograr 95 % de revacunación en los grupos vacunados según las prioridades establecidas.
 - h. Superior al 98 % con BCG en recién nacidos.
 - i. Vacunación contra la Influenza a todos los mayores de 60 años.
 - j. Vacunación contra la Leptospirosis en la población expuesta.
 - k. Introducir la Vacuna Conjugada de Neumococo en el menor de un año y en la población que vaya arribando a la edad de 60 años.
 - l. Continuar la vacunación con PRS a partir del 6to grado (11 años).
 - m. Introducir la reactivación en 9no grado con la vacuna contra el Tétanos y Difteria de adultos (Td) y continuar con reactivación cada diez años a partir de esa edad con la misma en la población general para todas las edades.
 - n. Vacunar contra la Hepatitis A mediante campañas a los principales grupos de riesgo en edad escolar e introducir en el esquema de vacunación a partir del año de edad.
2. Continuar campañas anuales de vacunación contra la poliomielitis manteniendo la vigilancia y estudio de todo caso con parálisis fláccida.
3. Asegurar el sistema de vigilancia de sarampión, rubéola y parotiditis. Introducir en las tres regiones del país en Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología seleccionados, técnicas diagnósticas de IgM - ELISA para estas enfermedades.
4. Insertar en el esquema nacional de vacunación la Vacuna Pentavalente (DPT Hepatitis B más Hemhopilus) a partir del 2007.
5. Analizar mensualmente en hospitales y policlínicos los fallecidos por neumonía, de 65 años y más.
6. Desarrollar una Estrategia de comunicación social en VIH/SIDA con participación de todos los sectores sociales dirigida a los grupos vulnerables a la epidemia (hombres que tienen sexo con otros hombres, adolescentes y jóvenes y mujeres).
7. Perfeccionar la atención médica a las PVVIH y reorientar la estrategia sanatorial. Desarrollar la descentralización de los servicios de salud, así como la realización de las pruebas de seguimiento y evaluación de la infección-enfermedad.

8. Fortalecer el Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA en todos los niveles como base para implementar acciones oportunas de intervención.
9. Desarrollar investigaciones epidemiológicas y socioculturales en los grupos vulnerables con énfasis en los hombres que tienen sexo con otros hombres.
10. Perfeccionar la producción de los medicamentos antiretrovirales en el país como vía de garantizar el acceso a estos de todas las personas viviendo con VIH que lo necesiten.
11. Perfeccionar la estrategia de mercadeo social de condones en el país.
12. Fortalecer el trabajo de los Grupos Operativos para el Control y Lucha contra el SIDA (GOPELS).
13. Lograr que el 80 % del diagnóstico de la tuberculosis se efectúe en el nivel primario de atención y perfeccionar el trabajo del programa de control de la tuberculosis.
14. Lograr el diagnóstico temprano de los casos de lepra en un 90 % en la atención primaria. Mantener la terapia multidroga en el 100 % de los enfermos de lepra.
15. Fortalecer la red nacional de microbiología
16. Garantizar la seguridad y óptima calidad de la sangre, hemoderivados y de todos los procesos relacionados.
17. Perfeccionar y hacer cumplir todo lo normado en relación con la seguridad biológica en las instituciones de salud.
18. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica nacional e información internacional de las enfermedades infecciosas en general, en particular de los países que más relaciones mantienen con nuestro país.
19. Elevar la capacidad de respuesta del país frente a situaciones emergentes dadas por la introducción de enfermedades exóticas.
20. Garantizar las acciones del Programa de control sanitario internacional y en particular el establecimiento del sistema de control en la fuente en todos aquellos países endémicos donde tengamos colaboradores.
21. Confeccionar el programa local en cada institución que de salida a los problemas y factores identificados, que condicionan el comportamiento de las infecciones hospitalarias.
22. Desarrollar en cada servicio médico las normas o guías de buenas prácticas clínicas, que garanticen los aspectos preventivos de las infecciones intrahospitalarias en cada proceder.
23. Participar activamente en el proceso de remodelación, reconstrucción y/o reparación de las instituciones hospitalarias y de atención

primaria para garantizar que las mismas cumplan con los requerimientos higiénico-sanitarios en su construcción.

24. Establecer un programa para la revitalización y recuperación de la esterilización, incluyendo lo necesario para el control de calidad del proceso de esterilización.
25. Establecer políticas de antibióticos acordes con las características del comportamiento de las infecciones en cada hospital, basada en los mapas microbiológicos y en Guías de Buenas Prácticas del manejo de las infecciones.

VI. Discapacidad

En los años 2001-2003 se realizó un estudio psicosocial de las personas con discapacidad, psicopedagógico, social y genético de las personas con retraso mental. Se estudiaron todas las personas con discapacidad (PCD) con exclusión de las discapacidades menores, las somáticas (excepto la insuficiencia renal crónica sin criterio de indicación de tratamientos dialíticos) y las de carácter temporal. Por tanto se considera que la prevalencia es aún mayor que la referida a continuación: Es uno de los problemas emergentes que debe enfrentar la sociedad actual. Estudios realizados reportaron entre un 7 y un 7.5 % de discapacidad. La tasa de prevalencia de algún tipo de discapacidad fue de 3.2 % (366 864 personas afectadas). El índice de retraso mental fue de 38.9 % con 140 489 afectados. La prevalencia de discapacidad físico-motora fue de 25.2 % con 92 506 PCD. Discapacidad visual de un 12.6 % (46 455 personas). Discapacidad mental con 36 869 individuos para una prevalencia de 10.05%. Discapacidad mixta 6.8 % con 25 094 afectados. Discapacidad auditiva de 6.4 % con 23 820 personas. Especial interés cobra la discapacidad en la tercera edad. Datos de Ciudad de La Habana dan una prevalencia de discapacidad de 13.8 % en las actividades básicas de la vida diaria en el grupo de 60-74 años, siendo más del doble (30.7 %) en los mayores de 74 años. Para el caso de las actividades instrumentales de la vida diaria las prevalencias son mayores, pues para el primer grupo de edad es de 16.9 % y para el segundo de 45.2 %. En ambos casos las mujeres casi doblan a los hombres.

Propósito 1: Incrementar el porcentaje de personas con Baja Visión rehabilitados.

Meta:

Línea de base	2010	2015
71%	80%	85%

Fuente: Estadísticas Continuas de los servicios de Baja Visión Provinciales.

Indicador: Porcentaje de personas con baja visión rehabilitados.

Propósito 2: Incrementar el pesquisaje de pérdidas auditivas en recién nacidos y menores de 3 años en riesgo.

Meta:

Línea de base	2010	2015
30 %	70 %	85 %

Fuente: Estadísticas Continuas de los servicios de Neonatología.

Indicador: Porcentaje de recién nacidos y niños menores de 3 años en riesgo de pérdidas auditivas pesquisados.

Propósito 3: Incrementar en un 25 % la eficacia de los servicios de rehabilitación a los lesionados por accidentes.

Meta:

Línea de Base	2010	2015
	12%	25%

Fuente: Estadísticas Continuas de los servicios de Rehabilitación.

Indicador: Porcentaje de lesionados por accidentes rehabilitados.

Discapacidad. Directrices

1. Implementar en todas las provincias del país el sistema nacional de estadísticas de discapacidad y rehabilitación.
2. Aplicar el Nuevo Clasificador del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud como herramienta de estadística, de investigación, de política social, educativa y de la clínica.
3. Aplicar el sistema de valoración, reconocimiento y certificación de la discapacidad.
4. Poner en funcionamiento el observatorio de la discapacidad.
5. Perfeccionar los resultados del trabajo de los servicios de rehabilitación.
6. Ampliar la aplicación de los programas para detección precoz y atención temprana, especialmente a niños con trastornos del desarrollo, discapacidades o con alto riesgo. Perfeccionar los sistemas de pesquisaje de pérdidas auditivas y de baja visión.
7. Ampliar los apoyos y cuidados específicos que requieren las personas con discapacidad y especialmente los mas gravemente discapacitados en coordinación con los servicios sociales del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
8. Descentralizar el sistema de distribución de las ayudas técnicas y otros servicios para personas con discapacidad para mejorar su accesibilidad geográfica.
9. Aplicar las Normas Cubanas de Accesibilidad al espacio físico tanto en la nuevas obras como en las que se reparan y remodelan del SNS, de manera que se supriman las barreras arquitectónicas y las urbanísticas próximas al entorno

VII. Ambientes especiales

Salud en los escolares

Este ambiente es de máxima importancia para el país por que en el se encuentran los niños y jóvenes, el país está enfrascado en el perfeccionamiento del Sistema Educacional Cubano como parte de la Batalla de Ideas. Hay elementos que son necesarios tener en cuenta en su atención: los peligros potenciales de accidentes, las dificultades en el cumplimiento de las normas de la higiene de los alimentos y la nutrición, la inadecuada recogida de los residuales sólidos y líquidos. Las redes hidrosanitarias están deterioradas en los centros, con salideros y filtraciones de residuales líquidos. En el 41% de los centros escolares la iluminación es deficiente debido fundamentalmente al déficit de luminarias, se mantienen las dificultades con la ventilación en los locales escolares, por falta de medios para la ventilación artificial. En cuanto a las infecciones de transmisión sexual y el uso del tabaco, algunos estudios han demostrado que los adolescentes conocen sobre el tema pero no tienen percepción del riesgo y no se modifican las conductas en igual medida.

Propósito 1: Reducir las principales enfermedades trasmisibles y no trasmisibles de 1 a 24 años.

Meta:

Problema	2010	2015
Accidentes en la escuela	50%	90%
Hepatitis A	15%	20%
ETA	20%	25%
Pediculosis	15%	20%
Escabiosis	30%	50%
ITS	5%	10%
Lesiones Autoinflingidas	5%	10%

Fuente: Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología.

Indicador: Tasa x 1 000 escolares.

Propósito 2: Reducir la totalidad de centros escolares en estado higiénico crítico funcionando.

Meta:

2010	2015
100%	Mantener

Fuente: Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología.

Indicador: Número de centros.

Salud en los trabajadores

La exposición a factores de riesgos laborales de tipo físicos, químicos, biológicos y psicosociales son en la actualidad muy frecuentes, afectan la salud de los trabajadores a corto, mediano o largo plazo, impactan en la morbimortalidad y calidad de vida de la población y repercuten negativamente en la economía del trabajador y su familia, el centro de trabajo y de toda la sociedad. Según la OMS y la OIT en declaraciones del 2005 el riesgo de contraer una enfermedad profesional se ha convertido en el peligro más frecuente al que se enfrentan los trabajadores en su empleo al causar anualmente unos 1.7 millones de muertes relacionadas con el trabajo y superar a los accidentes mortales en proporción de cuatro a una. Los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales cuestan alrededor del 4% del PIB mundial por pago de compensaciones y ausencias al trabajo. El diagnóstico de las enfermedades profesionales mantiene un marcado sub-registro. Se diagnosticaron 433 enfermedades profesionales, lo que equivale a una tasa de 0.1 x 1 000 trabajadores en el 2004. Los accidentes del trabajo mortales en el año 2004 alcanzaron la cifra más alta de los últimos 4 años, la tasa de accidentes mortales fue de 4.3 x 10 000 trabajadores (132 casos). En el 2005 el número de trabajadores expuestos a riesgos con vigilancia específica ascendió a: plomo 8 457; mercurio 5 271; plaguicidas 9 780; arena sílice 3 744; ruido 29 122; Leptospirosis 708 003 y Hepatitis B 130 838. En las enfermedades profesionales más frecuentes en el país, se observa incremento de la laringitis nodular crónica en maestros, por encima de otros daños a la salud esperables acorde al patrón de riesgos ocupacionales actuales como la Hipoacusia. El aumento de las actividades laborales de servicios (turismo, comercio, enseñanza y salud) con mayores exigencias mentales y posturales con uso masivo de video terminales en todos los sectores de la economía hace crecer el riesgo en este sector.

Propósito 3: Mejorar la calidad de la relación hombre-trabajo-salud y el control de los factores de riesgo del ambiente laboral.

Meta:

Indicadores	Línea de base	2010	2015
Contaminación sonora y otros factores de riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales a límites tolerables según el tipo de centro	De acuerdo con el ambiente laboral	Por debajo del 95 %	Por debajo del 85 %

Continuación. **Propósito 3:** Mejorar la calidad de ...

Indicadores	Línea de Base	2010	2015
Cobertura de la población laboral con control efectivo de salud específico laboral acorde a sus factores de riesgo laborales	De acuerdo con el ambiente	Por encima del 90 %	Por encima del 95 %

Fuente: Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología.

Propósito 4: Mejorar el registro de las enfermedades profesionales y del trabajo.

Meta:

Línea de base	2010	2015
1 – 10 %	85 %	95 %

Fuente: EDO. SIE Salud. DNE 2004.

Indicador: Incidencia de las enfermedades profesionales.

Ambientes especiales. Directrices

1. Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores en el ambiente escolar, con extensión a la familia y la comunidad.
2. Fortalecer la Inspección Sanitaria Estatal (ISE) en los centros educativos y laborales.
3. Perfeccionar el sistema de vigilancia, implementando el concebido en las estrategias de acciones integradas en salud escolar y de la calidad sanitaria de los ambientes laborales.
4. Perfeccionar la atención a las escuelas de nueva creación y escuelas internacionales.
5. Evaluar y hacer cumplir los programas para la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles en centros escolares de:
 - Morbimortalidad de Accidentes en educandos y trabajadores
 - Brotos Hepatitis A y ETA
 - Pediculosis y Escabiosis
 - Infecciones de Transmisión Sexual
 - Lesiones autodestructivas
 - Laringitis Crónica Nodular
6. Revitalizar los laboratorios sanitarios de riesgos físicos y de química sanitaria.
7. Controlar el 100 % de los trabajadores expuestos a riesgos laborales.

8. Perfeccionar el manejo de las enfermedades profesionales.

VIII. Grupos especiales

Edades pediátricas

El aumento de la esperanza de vida en los últimos 30 años en Cuba, ha estado fuertemente determinado por el descenso de la mortalidad infantil. Sin embargo, para el período 2001-2003, este grupo explicaba solamente el 9 % de los años perdidos y en los próximos años su aporte será menor aún. De tal manera que un aumento en la expectativa de vida de los cubanos hay que buscarlo fundamentalmente en las mejoras de las condiciones de mortalidad de otros grupos de edad, independientemente del esfuerzo que se siga haciendo para reducir la mortalidad infantil al mínimo posible, entendiendo que:

- La mortalidad infantil es uno de los indicadores fundamentales para evaluar las condiciones de salud de la población.
- Si bien la reducción de la mortalidad infantil no reflejaría un impacto importante en el aumento del nivel de la esperanza de vida, un incremento de esta produciría una disminución importante de la misma.

En Cuba, desde 1970 las probabilidades de que un niño nazca saludable y sobreviva a los 5 años de edad se han ido incrementando de forma continua, así vemos que a partir del 1997 más del 99 % de los niños a los 5 años de edad sobreviven. La tasa de Mortalidad Infantil (MI) en el 2004 fue de 5.8 x 1 000 NV, similar a la de los países más desarrollados del mundo, presentando un cuadro de mortalidad fundamentalmente por: afecciones originadas en el período perinatal, seguida por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, influenza y neumonía, sepsis y en el quinto lugar enfermedades del corazón. A pesar de los logros alcanzados, consideramos necesario la continuidad e incorporación de acciones con las que podamos alcanzar mejores resultados.

Mujeres

El comportamiento de la mortalidad y de los AVPP por muertes prematuras muestra diferencias importantes entre hombres y mujeres. A pesar de continuar con una sobremortalidad masculina, se aprecia un decremento del diferencial por sexo, dado ello por un incremento del riesgo de morir en el sexo femenino. Dicho planteamiento se observó en el estudio realizado sobre las quince primeras causas de muerte en el país, en el decenio 1994-2003. En cuatro de las enfermedades estudiadas (cerebrovasculares, demencia y alzheimer, diabetes y hernia y obstrucción intestinal sin hernia) se observa una sobremortalidad femenina; e incrementan el riesgo de morir significativamente en causas como: influenza y neumonía, tumores malignos

y enfermedades crónicas de las vías inferiores. Vale señalar el peso que continúa teniendo en la mortalidad materna la muerte por causas directas, reportándose 27 defunciones en el 2004 por esta causa y 22 por causas indirectas. La esperanza de vida al nacer por sexo es de 78.97 para las mujeres y de 75.13 para los hombres. Sin embargo al comparar estos datos con otros países con similar esperanza de vida al nacimiento, se observa una desventaja para las mujeres cubanas. Dichos resultados sugieren que en el caso de las mujeres cubanas pueden existir reservas para elevar la sobrevivencia.

Adulto mayor

El porcentaje de defunciones del adulto mayor se ha incrementado en los últimos años. En el 2003 el 77.7 % de las defunciones se presentaron en personas mayores de 60 años, incrementándose a 78.7 % en el 2004, lo cual es producto de la dinámica demográfica del país que unida a la mejora de las condiciones sanitarias propicia la prolongación de la vida y en consecuencia la muerte a edades más avanzadas. De cada 10 muertes que ocurren en Cuba, casi 8 se producen en personas mayores de 60 años.

Según estudios realizados en el 2003, este grupo etáreo aportó:

- El 86.4 % de la mortalidad por cardiopatía isquémica.
- El 77.3 % de la mortalidad por cáncer.
- El 98.9 % de la mortalidad por fractura de cadera.
- El 73.5 % de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.
- El 92.4 % de la mortalidad por influenza y neumonía.
- El 65.6 % de la mortalidad por enfermedades glomerulares y renales.
- El 76.6 % de la mortalidad por diabetes mellitus.
- El 71.4 % de la mortalidad por ECVRI.
- El 98.5 % de la mortalidad por demencia y alzheimer

Teniendo en cuenta los resultados antes señalados y aunado a ello el hecho de que para el 2015 más del 20 % de la población estará representada por el grupo de 60 años y más, consideramos éstas razones suficientes para concebir la necesidad de realizar cambios en salud y cambios sociales, a tono con el comportamiento demográfico del país.

Propósito 1: Disminuir la tasa de mortalidad infantil a 4 por mil nacidos vivos

Meta:

Línea de base	2010	2015
5.8	5	4

Fuente: SIE salud. DNE. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad infantil x 1 000 nacidos vivos.

Propósito 2: Disminuir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 6 por mil nacidos vivos.

Meta:

Línea de base	2010	2015
7.7	6.5	6

Fuente: Estadísticas Continuas de la Dirección Nacional de Estadística. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1 000 nacidos vivos.

Propósito 3: Disminuir la tasa de mortalidad materna a 10 por cien mil nacidos vivos.

Meta:

Línea de base	2010	2015
21.2	15	10

Fuente: SIE salud. DNE. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad materna x 100 000 nacidos vivos.

Propósito 4: Disminuir en un 15 % la tasa de mortalidad entre 60 y 75 años.

Meta:

Línea de base	2010	2015
18.6	7 %	15 %
18.6	17.3	15.8

Fuente: SIE salud. DNE. 2004.

Indicador: Tasa de mortalidad entre 60 y 75 años por 100 000 hab.

Grupos Especiales. Directrices

1. Consolidar el programa de bajo peso al nacer.
2. Perfeccionar el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas y de errores congénitos del metabolismo.
3. Optimizar la Puericultura. Incrementar el control del seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, lo que constituirá la columna vertebral en que se sustenta la salud infantil.
4. Fomentar la lactancia materna garantizando una lactancia exclusiva hasta los 6 meses. Incrementar las exigencias para la certificación de los hospitales, consultorios y policlínicos “Amigos de la Madre y el Niño”, aumentando el número de instituciones con esta condición.
5. Lograr una protección eficaz al neonato de muy bajo peso y lactantes desnutridos por el sistema de salud y la comunidad. Creación de servicios de recuperación nutricional en los hospitales pediátricos.

Creación de bancos de leche materna en los hospitales de referencia para los recién nacidos de muy bajo peso.

6. Consolidar la red cardiopediátrica nacional.
7. Garantizar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades infecciosas agudas.
8. Consolidar el programa nacional de prevención de accidentes en el menor de 20 años.
9. Perfeccionar los resultados del trabajo de las terapias intensivas pediátricas y de neonatología.
10. Promover campañas educativas dirigidas a disminuir la incidencia del embarazo no deseado y la práctica del aborto, así como perfeccionar las técnicas del aborto quirúrgico y de la regulación menstrual. Desarrollar los métodos médicos para la interrupción del embarazo.
11. Identificar y controlar la población femenina con riesgo pre-concepcional y elevar la calidad de la atención prenatal.
12. Mejorar la atención perinatal, perfeccionando el funcionamiento de los servicios de urgencia, de riesgo, de perinatología, de partos y puerperios.
13. Elevar la calidad de la atención médica al niño, la mujer y al adulto mayor, perfeccionando el modelo tecnológico, organizacional y de gestión clínica.
14. Reforzamiento de los contenidos sobre geriatría en las carreras y especializaciones de Ciencias Médicas.

Áreas de resultados claves que deben instrumentarse

- **Políticas públicas y estatales de salud:** Formulación y aplicación de políticas de salud, análisis y tendencias, estadísticas de salud, gestión de programas de salud y legislación de salud.
- **Atención integral a la salud individual, familiar y comunitaria:** Reorientación de los servicios, fortalecimiento del policlínico y excelencia en la atención médica integral. Integración programática en el Programa de Atención Integral a la Familia. Reorientación de la práctica del Médico de Familia hacia la promoción y prevención de salud.
- **Vigilancia en salud y protección de la salud de la población:** Fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud, integrado e integral, con una marcada concepción analítica, predictiva, sistemática y gestora de información y conocimientos para facilitar el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la Salud Pública, para la prevención de los daños y la promoción de la salud de nuestra población en el marco de las necesidades y estrategias de nuestro país.

- **Gestión y formación de Recursos Humanos:** Perfeccionamiento de los planes de estudio. Transformación del Policlínico en Facultad. Acreditación institucional de programas y carreras. Evaluación de la competencia y el desempeño. Gestión y desarrollo en cuadros científicos y científico– pedagógicos.
- **Gestión de la información y el conocimiento:** Compartir la información y el conocimiento del personal de la salud en función del fortalecimiento de la Organización. Comunicación social y divulgación. Producción de publicaciones científicas y técnicas, medios audiovisuales, multimedia y software, programas educativos en televisión. Servicios de redes de comunicación.
- **Investigación en salud:** Gestión en ciencia e innovación tecnológica, investigación en sistemas y servicios de salud, evaluación de tecnología sanitaria, propiedad intelectual, proyectos de investigación y desarrollo; Forum de Ciencia y Técnica. Sociedades científicas.
- **Cooperación, relaciones internacionales y contribución a la salud pública internacional:** Programa Integral de Salud y contribución a la Salud Pública Internacional. Colaboración internacional. Relaciones y convenios internacionales. Relaciones con organismos internacionales.
- **Gestión económica y movilización de recursos:** Planificación de recursos y finanzas. Contabilidad acreditada. Proyectos para la movilización de recursos. Auditoria y Control.
- **Administración logística e infraestructura:** Aseguramiento logístico. Administración de servicios de apoyo. Perfeccionamiento del sistema empresarial. Inversiones y mantenimiento. Administración interna y protección física.

Estrategia para la implementación, control y evaluación

1. Las Proyecciones para el Mejoramiento de la Salud de la Población Cubana hasta el 2015 es un ejercicio programático de alta complejidad en su concepción y elaboración, pero aún más en su implementación, desarrollo y alcance.
2. Las Proyecciones constituyen la Estrategia o el programa del Sistema Nacional de Salud al cual se integran, tributan y se subordinan los programas, estrategias y acciones particulares del sector.
3. Su gran trascendencia e integralidad demanda de procesos y formas organizativas científicamente estructurados, flexibles, dinámicos, participativos, interdisciplinarios e integrados.
4. Estas proyecciones conducirán al Sistema Nacional de Salud como un todo, integral e integrado, más allá de las estructuras tradicionales de áreas, direcciones, niveles o unidades.

5. La responsabilidad en su implantación, cumplimiento y control se sitúa al más alto nivel de la organización en cada una de sus estructuras.
6. Cada área y dirección tendrá responsabilidades específicas en la implantación, desarrollo y control de estas proyecciones en base a sus funciones particulares dentro del Sistema.
7. Las Proyecciones serán conducidas y controladas por la propia estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud al más alto nivel de jerarquía.
8. El Ministro de Salud Pública, como máxima autoridad nacional, conducirá, controlará y evaluará estas proyecciones.
9. Designará a un Viceministro como coordinador de la tarea y a un grupo ejecutivo, integrado por funcionarios del Ministerio de Salud Pública para la conducción y el control táctico-operativo de la tarea.
10. Esta organización se replicará en el resto de las estructuras del Sistema.
11. Cada área del Ministerio, con sus direcciones, elaborará el contenido específico y su participación, como un todo, en la estrategia, a partir de su estructura, organización, funciones, responsabilidades y acciones dentro del Sistema.

Evaluación

Estas proyecciones se evaluarán en cada servicio, unidad y nivel del Sistema Nacional de Salud. La metodología evaluativa y el contenido de la evaluación se adaptará a las particularidades del lugar que se evalúe.

El sistema evaluativo se estructurará por niveles. Las unidades evaluarán problemas considerados específicos o particulares de la institución, los municipios y provincias los específicos de cada problema de salud y la Nación las directrices y proyecciones en su carácter general.

Esta evaluación no sustituye ni contiene a las evaluaciones sistemáticas de los programas, planes, acciones de salud, administrativas u otras que realice cada unidad organizativa como parte del trabajo habitual.

La evaluación tendrá dos enfoques:

1. Administrativo: A ejecutar por el Ministerio de Salud Pública, sus áreas y direcciones, dirigido a las directrices generales y particulares de los problemas de salud, al sistema de evaluación de las provincias y unidades de subordinación nacional y a los resultados en términos de impacto.
2. Técnico: A ejecutar por los institutos, grupos nacionales de especialidades, comisiones nacionales técnico-asesoras y centros naciona-

les de referencia, dirigido a las metas y proyecciones de los problemas de salud, a los programas específicos y a las directrices particulares.

La Evaluación se hará por cortes evaluativos integrales con la periodicidad siguiente:

1. Mensual: Unidad
2. Trimestral: Municipio y provincia
3. Semestral: Nación
4. Anual: Todos los niveles en sus balances correspondientes

El contenido de esta evaluación priorizará las metas (impacto), las directrices (procesos) y la organización (estructura).

Este texto fue editado e impreso en el
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
Se imprimieron_____ejemplares.
Ciudad de La Habana, Cuba, 2006.