



**Intersectorialidad en salud**  
**Fundamentos y aplicaciones**

Pastor Castell-Florit Serrate

Editorial Ciencias Mèdicas

**Intersectorialidad en salud**  
**Fundamentos y aplicaciones**

# **Intersectorialidad en salud**

## **Fundamentos y aplicaciones**

**Pastor Castell-Florit Serrate**



Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones /  
Pastor Castell-Florit Serrate et al. -La Habana: Editorial  
Ciencias Médicas, 2010.  
192 p. il., tab.

WA 525

Acción Intersectorial, Sistemas de Salud, Estrategias Locales,  
Planificación Estratégica, Participación Comunitaria, Cultura  
Organizacional, Gerencia, Cuba

Edición: Lic. Maura Esther Díaz Antúnez  
Diseño: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

© Pastor Castell-Florit Serrate, 2010  
© Sobre la presente edición:  
Editorial Ciencias Médicas, 2010

ISBN 978-959-212-603-9

Editorial Ciencias Médicas  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas  
Calle 23 No. 117 e/ N y O, Edificio Soto, 2do. piso, El Vedado,  
Plaza de la Revolución, La Habana, CP: 10400, Cuba.  
Correo electrónico: [ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)  
Teléfonos: 838 3375 / 832 5338

## Autor Principal

**Pastor Castell-Florit Serrate.** Doctor en Ciencias. Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de I y II Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Profesor Titular y Consultante.

## Coautores

**Lic. Guillermo Díaz Llanes**

Máster en Ciencias

Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública

**Lic. Ana Serrano Patten**

Máster en Psicología de la Salud

Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública

**DrC Héctor Demetrio Bayarre Veá**

Doctor en Ciencias

Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

**Lic. Karen Ibet Rojas Hernández**

Máster en Ciencias.

Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas

**Lic. Marylin Figueroa Cruz**

Máster en Ciencias

Policlínico “28 DE ENERO”. Municipio Playa.

**Dra. Odalys Sánchez Barrera**

Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

**Dra. Vivian Noriega Bravo**

Máster en Ciencias

Profesora e Investigadora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dra. C Carmen M. Santos Hernández**

Doctora en Ciencias Médicas

Profesora Consultante y Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dr.C Pablo R. Chávez Quintana**

Profesor Investigador Titular

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

**Lic. María J. Vidal Ledo**

Máster en Informática en Salud

Profesora Consultante y Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dra. María Cecilia Santana Espinosa**

Máster en Ciencias.

Profesora Auxiliar y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dra. Estela Gispert Abreu**

Doctora en Ciencias Estomatológicas

Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dra.C Nerys Suárez Lugo**

Doctora en Ciencias Económicas

Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dr. Luis Suárez Rosas**

Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública

**Lic. Anabel Lozano Lefrán**

Instructora. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dra. Piedad Medina Álvarez**

Máster en Ciencias

Especialista de I Grado en Psiquiatría.

Policlínico “28 DE ENERO”. Municipio Playa.

**Lic. Dianelys Dueñas González**

Máster en Ciencias

Instructora. Filial de Ciencias Médicas. Colón. Matanzas

**Dr. Jesús García Soto**

Máster en Ciencias

Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas

**Dra. Mirtha Herrera Nordet**

Máster en Ciencias

Profesora Auxiliar y Consultante. Facultad de Estomatología

**Dra. María F. O´Farrill Fernández**

Asistente. Escuela Nacional de Salud Pública

## Colaboradores

**Lic. Esther Paredes Esponda**

Instructora. Escuela Nacional de Salud Pública

**Dr. Jorge Hadad Hadad**

Profesor Auxiliar

Consultor OPS

## **Prólogo**

Con sumo placer asumo la solicitud de elaborar el prólogo al libro: “La intersectorialidad en Salud. Fundamentos y aplicaciones”.

En esta nueva publicación, continuación de lo que bien pudiera denominarse una serie de publicaciones relacionadas con el tema, se refleja una nueva faceta de la intersectorialidad como componente y principio esencial de la práctica de la salud pública y de la organización y desempeño de los sistemas de salud.

Desde el surgimiento de la especie humana, y con ella del pensamiento, hemos asistido a la búsqueda continua de explicaciones a los múltiples y diversos fenómenos que rodean al hombre. Gracias a ello la humanidad ha podido defenderse, protegerse y desarrollarse.

Con la evolución del pensamiento, y del conocimiento de la realidad, se desarrolla el análisis causal, que se profundiza y engrandece, ante la creciente complejidad de los problemas a los que el hombre se enfrenta y a la disponibilidad de nuevos y mejores conocimientos y tecnologías. Esta evolución nos sitúa hoy en el momento de las explicaciones multicausales y la incesante búsqueda de la “causa de la causa”...

El movimiento social de mayor complejidad, dinamismo e incertidumbre, ha sido la fuente fundamental del desarrollo de estos modelos explicativos causales. Dentro de él, la salud, como categoría social, constituye uno de los fenómenos más dinámicos y complejos a los que se enfrenta el hombre y la sociedad.



El actual desarrollo de las ciencias, el conocimiento científico y el alto nivel de los recursos y tecnologías disponibles, permiten una mayor comprensión y explicación de la salud en sus componentes y determinantes, así como en sus relaciones y dinámicas.

Los determinantes de la salud, identificados y estudiados, con mayor profundidad, desde hace más de un siglo, se han visto sometidos a incesantes y continuas investigaciones que han contribuido a una mayor comprensión de la salud, los riesgos, las enfermedades y la muerte, de los elementos relacionados con ellas y de las estrategias y tecnologías necesarias para promover salud, prevenir, recuperar y controlar enfermedades, rehabilitar e incrementar el bienestar y la calidad de la vida.

Los sistemas de salud, creados y organizados para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, requieren de estructuras, recursos, procesos y relaciones de complejidades y dinámicas proporcionales al problema que atienden, a los recursos que poseen y a las tecnologías con que operan.

Ellos constituyen organismos altamente complejos y dinámicos cuya eficacia, efectividad y eficiencia se encuentran en un reto permanente y su fortalecimiento constituye un principio esencial de la Organización Mundial de la Salud, de los estados miembros y de la comunidad involucrada en los temas de salud.

Este fortalecimiento tendrá en cuenta, al menos, componentes tales como:

- Definición de políticas.
- Armonización entre iniciativas globales, prioridades nacionales y directivas locales.
- Balance entre programas para enfermedades específicas y problemas de salud complejos a tratarse por el sistema y los sectores como un todo.

- Brechas y avances que deben producirse en los principios de cobertura universal, accesibilidad, equidad y enfoques centrados en la población.

Para atender estos componentes, los sistemas de salud requieren sustentar su planeación, organización, desempeño, monitoreo y evaluación en un sistema de obtención de evidencias y nuevos conocimientos capaces de contribuir con efectividad a su gestión, fortalecimiento y desarrollo.

De ahí el papel que juegan las investigaciones en salud como base y motor impulsor del desarrollo de la propia salud y de los sistemas que la estudian, producen, promueven, protegen y recuperan.

“La intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones”, es parte, producto y respuesta a la salud, los determinantes sociales, el rol de los sistemas de salud y su fortalecimiento, la investigación en salud y su estrecha vinculación con la práctica social y la necesidad de involucrar, cada día más, a los diferentes actores, instituciones y sectores en el estudio, desarrollo y práctica de la salud.

Además de presentar nuevos conceptos, componentes, enfoques, alternativas y tecnologías, constituye una verdadera novedad los temas relacionados con las experiencias en la práctica de la intersectorialidad en programas y servicios específicos del sistema de salud cubano, aspectos a ser consultados y considerados por investigadores, académicos, directivos, profesionales y actores en general a cargo de la generación de nuevos conocimientos y de su aplicación práctica con el propósito de contribuir a un sistema de salud más eficiente, humano, solidario, científico e intersectorial.

*Dr. Jorge Luis Hadad Hadad.*

## **Presentación**

La caracterización de los principales problemas de salud, bienestar y calidad de vida de la población cubana y sus determinantes fueron premisas de preocupación y ocupación del Estado cubano desde hace cincuenta años, por esa razón la prioridad concedida al trinomio: salud, educación y seguridad social, de la manera concebida demandaba participación social e intersectorial.

La participación social e intersectorial ha sido desde siempre filosofía del Gobierno y Estado revolucionario cubano.

El servicio médico rural, para hacer llegar el sistema de salud a los lugares más apartados y a la población habitualmente desprotegida tuvo el concurso popular y de varios sectores de la economía y la sociedad, que garantizaron la transportación, alojamiento y alimentación de los profesionales asignados a los diversos sitios geográficos del país.

La campaña de alfabetización realizada en Cuba, premisa básica para el desarrollo de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, también contó con la participación de la población y de los diferentes sectores socioeconómicos.

Los principios que sustentan el sistema cubano de salud pública: carácter estatal y social, accesibilidad y gratuidad, orientación profiláctica, aplicación adecuada del desarrollo tecnológico, participación comunitaria e intersectorialidad y colaboración internacional, unido a lo anteriormente expuesto evidencian condiciones para un auge de las acciones intersectoriales y de participación social.

Sin embargo, la evolución de la intersectorialidad y de la participación social en Cuba ha tenido una lógica en su desarrollo, en un primer momento el aumento de la cobertura, la accesibilidad fueron sus rasgos principales, el modelo de salud estaba orientado al daño, estas estaban solo implícitas.

Posteriormente cambios conceptuales produjeron mejoras sustanciales en la salud de la población y permitieron iniciar la transformación desde una intersectorialidad y participación social básica elementales, hacia otra manifestada por su presencia en el nuevo modelo de salud orientado al riesgo; regulaciones, instrumentos, instituciones, proyectos y programas; y un proceso de descentralización que creó las condiciones para el avance del nivel local.

Faltaba aún un desarrollo tecnológico de la intersectorialidad que lo convirtiera en un elemento básico de la dirección en salud, por esa razón en la última etapa, un grupo de investigaciones sobre esta, apoyadas por el Ministerio de Salud Pública, identificó su situación nacional y local, estableció sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes, base tecnológica de la intersectorialidad y fijó sus instrumentos de evaluación.

En consecuencia, se decidió incluirla como principio independiente de la salud pública cubana y en su planeación estratégica, además, se potenció el papel de los consejos de salud; se comenzó un proceso acelerado de capacitación y se trabaja por una comprensión generalizada de su importancia.

Se realizan evaluaciones de la intersectorialidad que buscan determinar su sostenibilidad y sus puntos fuertes y débiles. Uno de los resultados obtenidos hasta ahora evidencia que se requiere intensificar los procesos capacitantes sobre el tema, mayor apropiación por los directivos y que esté con mayor amplitud en los diferentes planes y programas del sector salud y otros sectores responsabilizados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Por esa razón, las frecuentes publicaciones y textos que sobre el tema de la intersectorialidad se están observando, como este que nos

ocupa, pretende una mayor sensibilización y familiarización del tema, que sea constante y consciente, que llegue a todos aquellos que defienden la salud colectiva y participativa.

En este texto realizado por prestigiosos autores, podrán apreciar experiencias concretas de aplicación de este enfoque tecnológico, lo que constituye un aprendizaje necesario para la acción.

## **Contenido**

### **Integración e integralidad en el pensamiento, conocimiento y acción en el sistema nacional de salud de Cuba/ 1**

- Introducción/ 1
- Sistema de salud pública cubano/ 3
- Problemas de actualidad/ 5
- Escenario actual/ 5
- Proyección estratégica. Enfoque integrador/ 6
- Capacitación y conocimiento/ 7
- Capacitación-cultura organizacional/ 9
- Consideraciones finales/ 10
- Bibliografía/ 11

### **El empoderamiento. Una alternativa teórica útil al enfoque intersectorial para la salud/ 13**

- Introducción/ 13
- Empoderamiento e intersectorialidad. Fundamentos comunes/ 14
- Aproximaciones conceptuales al empoderamiento/ 15
- Niveles de análisis del empoderamiento/ 17
- El empoderamiento en la intersectorialidad para la salud/ 19
- Consideraciones finales/ 22
- Bibliografía/ 22

### **Contribución del componente psicológico a la creación de una cultura de trabajo intersectorial/ 25**

- Introducción/ 25
- Cultura de trabajo Intersectorial. La propuesta/ 28
- El recurso humano en el escenario de trabajo intersectorial/ 29

Características psicológicas y gestión intersectorial/ 30  
Consideraciones finales/ 35  
Bibliografía/ 35

**La investigación en intersectorialidad, retos y perspectivas en el contexto local cubano/ 37**

Introducción/ 37  
Propuesta metodológica para el perfeccionamiento de la acción intersectorial en el nivel local cubano/ 39  
Otras propuestas de investigaciones en intersectorialidad a nivel local/ 44  
Consideraciones finales/ 45  
Bibliografía/ 46

**Una perspectiva sociológica para la comprensión de la intersectorialidad en la práctica social/ 47**

Introducción/ 47  
Aproximaciones al estudio de la intersectorialidad en Cuba/ 48  
Las concepciones de salud y la intersectorialidad/ 50  
La intersectorialidad y las relaciones comunitarias en el nivel local/ 55  
Consideraciones finales/ 58  
Bibliografía/ 59

**Buscando mi espacio. Un reto de integración social, desde la intersectorialidad, en la atención primaria de salud/ 61**

Introducción/ 61  
Intersectorialidad y discapacidad en la atención primaria de salud/ 63  
¿Cómo se implementó esta estrategia comunitaria participativa?/ 65  
Resultados obtenidos/ 70  
Consideraciones finales/ 71  
Bibliografía/ 72

## **Acciones intersectoriales para un envejecimiento activo.**

### **Matanzas. 2009/ 75**

Introducción/ 75

Envejecimiento poblacional/ 79

¿Qué es el envejecimiento activo?/ 80

La acción intersectorial para el logro de un envejecimiento activo/ 81

¿Qué es la intersectorialidad?/ 82

Consideraciones finales/ 84

Bibliografía/ 86

## **La intersectorialidad en el control del dengue y su vector/ 87**

Introducción/ 87

El control de las epidemias de dengue: un esfuerzo intersectorial/ 89

Sostenibilidad de las acciones: una necesidad/ 92

La sostenibilidad en la prevención del dengue y el control de su vector, si es posible/ 94

Consideraciones finales/ 97

Bibliografía/ 98

## **El carácter social de la alimentación y la nutrición en el marco de estrategias intersectoriales/ 99**

Introducción/ 99

Contexto actual de la seguridad alimentaria en términos de intersectorialidad/ 101

Sistemas de redes de seguridad consolidados/ 104

Disponibilidad, acceso y seguridad alimentaria en el ámbito de las acciones intersectoriales/ 105

Consideraciones finales/ 106

Bibliografía/ 108

## **Las ciencias veterinarias y su participación en la intersectorialidad en la práctica social/ 111**

Introducción/ 111

La salud pública veterinaria y su papel en la gestión del riesgo sanitario para la población/ 113



Enfoque estratégico para implementar la participación de las ciencias veterinarias en la sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba/ 115  
Consideraciones finales/ 120  
Bibliografía/ 122

### **La intersectorialidad y el uso de las tecnologías para la salud/ 125**

Introducción/ 125  
Estrategias de informatización del sector de la salud/ 127  
Estrategias tecnológicas externas/ 128  
Estrategias tecnológicas internas/ 130  
Red telemática de la salud, Infomed. Soporte tecnológico nacional para la salud/ 132  
Consideraciones finales/ 133  
Bibliografía/ 134

### **El hogar materno y la intersectorialidad como gestión de protección a la salud materno infantil/ 137**

Introducción/ 137  
Participación intersectorial en beneficio del funcionamiento de los hogares maternos/ 138  
Consideraciones finales/ 142  
Bibliografía/ 144

### **El enfoque intersectorial y el empleo de la mercadotecnia como herramienta gerencial/ 145**

El enfoque intersectorial/ 145  
Mercadotecnia en función de la intersectorialidad/ 149  
A manera de ejemplo/ 152  
Consideraciones finales/ 156  
Bibliografía/ 156

### **Intersectorialidad en el proceso de salud bucal/ 159**

Introducción/ 159  
Salud bucal y sus interrelaciones/ 160  
Determinantes sociales de la salud bucal/ 161  
Consideraciones finales/ 166  
Bibliografía/ 167

# **Integración e integralidad en el pensamiento, conocimiento y acción en el sistema nacional de salud de Cuba**

Dr. Cs Pastor Castell-Florit Serrate, Lic. María Vidal Ledo,  
MsC. Dr. Luís Suárez Rosas y Lic. Anabel Lozano Lefrán

## **Introducción**

El triunfo de la Revolución Cubana, el 1ro. de Enero de 1959, dio respuesta no solo a una exigencia planteada por las difíciles condiciones en que vivió el pueblo durante casi 57 años de república, sino también significó la conquista definitiva de los ideales y objetivos que movieron las luchas de la nación desde la época colonial, frustrados después de las guerras de independencia por la confabulación del imperialismo norteamericano y la oligarquía criolla, incluida la sangrienta dictadura de su representante incondicional Fulgencio Batista (Castro, F. 1991, 2000).

El derecho del pueblo a la salud fue uno de los puntos del programa del Moncada expuesto por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en su alegato "La Historia me Absolverá" pronunciado en ocasión del juicio por el asalto al Cuartel Moncada, en 1953 (Castro, F. 1991, 2000).

Desde entonces, este principio ha formado parte consustancial de la misma esencia de la Revolución Cubana y ha convocado y motivado alrededor de su contenido filosófico y accionar práctico a

todos los sectores de nuestra sociedad en una forma consciente y cada vez más organizada.

El objetivo principal del sistema de salud pública es el mejoramiento de la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad. Por sus propias características, un objetivo de este tipo demanda una acción integradora.

En Cuba, el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivo central la salud, el bienestar, las condiciones y la calidad de vida de la población, para lo cual cuenta con una red de servicios de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, de formación de recursos humanos y de investigación (Vidal, M., Castell-Florit, P., 2003).

Una consecuencia principal de este objetivo es trabajar hacia una integración sólida con todo el sistema económico y social del país, sus sectores y la población. En tal sentido la dirección en salud tiene que asumir roles participativos dentro de un gran sujeto de dirección que es toda la sociedad a cuyos planes y programas se subordina.

De manera que la salud pública cubana del período revolucionario se ha caracterizado desde sus inicios por una ocupación constante por el bienestar de todo el pueblo, atendiendo no solamente los aspectos curativos del proceso salud-enfermedad, sino también los promocionales y preventivos, lo cual demandó que las acciones de salud no estuvieran limitadas a ser desarrolladas exclusivamente por el sector salud (Vidal, M., Castell-Florit, P., Acevedo, M., 2008).

Un hito importante lo constituyó en el año 1976, el proceso de institucionalización y descentralización del sistema político cubano al diseñar todo un sistema de organización estatal socialista que tiene como punto de partida el principio de que el poder pertenece al pueblo (Pardo, A., Duberger, J., et al. Matríz, 2007.).

Se crea así un escenario que posibilitó un mayor acercamiento del nivel de dirección con las instituciones subordinadas, con más integración. Se facilita la organización y funcionamiento del sistema local y se amplía la capacidad de identificar los problemas de salud, bienestar y calidad de vida, con un mayor nivel de respuesta, participación más directa de la población, de sus organizaciones representativas y de los sectores de la economía y la sociedad. (Pardo, A., Duberger, J., et al. Matríz, 2007.)

Esto no es casual, pues mientras que en la naturaleza los fenómenos, los órganos y los organismos tienen una estructura y contenido

sorprendentemente integrados, el hombre al crear sus organizaciones, al tratar de explicarse los fenómenos o al intentar tomar decisiones racionales, no le resulta tan fácil o tan evidente hacerlo tomando en cuenta todos los elementos implicados, tanto en su interrelación interna y externa como en su dinámica (Vidal, M., Castell-Florit, P., Acevedo, M., 2008).

Sin duda, la ciencia de la administración, en todo su amplio espectro, es esencial en toda actividad organizada y en todos los niveles de la organización de una institución determinada. Entre los principales contribuyentes a la utilización del enfoque sistémico en las ciencias se encuentra Carlos Marx quien hace más de 100 años argumentó filosóficamente y aplicó brillantemente el análisis de la producción capitalista, ese enfoque se constituyó en uno de los requisitos metodológicos más importantes de la dialéctica marxista-leninista. La crisis económica actual del sistema capitalista mundial da fe de la validez de las ideas marxistas.

De lo planteado anteriormente, se puede deducir que el estudio, análisis, diseño y ejecución de los procesos descritos anteriormente en el campo de la salud pública requieren un enfoque en sistema, dadas sus características de complejidad y dinamicidad y un pensamiento epidemiológico debido a que estamos trabajando precisamente, con problemas de salud. Se manifiesta así la integración e integralidad del sistema nacional de salud cubano (Martínez, S., 2002).

La participación social forma parte de las primeras acciones que acometió el sistema nacional de salud en Cuba a partir del triunfo revolucionario el primer día de enero del año 1959 y su consecuente proyección socialista, haciéndose mucho énfasis en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad con acciones a lo largo y ancho de todo el país, cumpliendo entre otros principios característicos de la salud pública cubana, el de la orientación profiláctica y la participación de la comunidad, no podemos considerar integración en la salud sin la participación directa de la población. El socialismo es el escenario ideal para ello.

## **Sistema de salud pública cubano**

El sistema de salud pública cubano se caracteriza estructuralmente por ser único, de extensa cobertura y universalidad, con una profunda

formación en ética y valores que marcan las transformaciones en determinadas etapas de su evolución histórica, manteniendo su papel rector e integrador (Martínez, S., 2002), (Ramírez, A., Castell-Florit, P., Mesa, G., 2003).

Hay escenarios y hechos que sustentan la integración de la sociedad socialista en Cuba, dentro de la cual está la salud pública (Vidal, M., Castell-Florit, P., 2003).

- Creación de un sistema nacional de salud único.
- Reestructuración de los órganos de administración local.
- Descentralización del sector salud y transferencia a los gobiernos locales.
- Creación del policlínico integral y el modelo de medicina en la comunidad.
- Creación del modelo de medicina familiar.

Estos escenarios, así como principios propios de la salud pública cubana, tales como: la accesibilidad y la universalidad, la regionalización de los servicios, la integración docente asistencial investigativa, la participación comunitaria, y la intersectorialidad, son hechos que refuerzan el carácter integrador de la salud pública revolucionaria en Cuba. Esta última, la intersectorialidad, como modalidad de integración externa, como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de la salud, que rebasan el campo del sector (Castell-Florit, P., Gispert, E., 2009).

La creación de los consejos populares, como forma de gobierno insertada en la propia comunidad, los consejos de la administración municipal y provincial, que agrupan a los sectores más importantes de la economía y la sociedad de los territorios, donde los directores de salud pública tienen establecida la condición de vicepresidentes, han posibilitado un protagonismo del sector coordinativo e integrador (Castell-Florit, P., 2007a, 2007 b, 2008).

Sin lugar a duda, que al conferirle a los directores de salud en los niveles provinciales y municipales la autoridad de vicepresidentes en los respectivos Consejos de la Administración, se estaba dando un paso trascendental en pos de fortalecer el liderazgo del sector salud y la consecuente operacionalización y concreción de las acciones integradoras en esos estratos de dirección.

Partiendo de las consideraciones expuestas, los conceptos de integración e integralidad no están enmarcados en la sumatoria de hechos o aspectos, sino se basa en la sincronización y sinergismo de sus componentes.

## **Problemas de actualidad**

La desintegración actúa como un flagelo que repercute negativamente en diversas esferas de la vida social, pero su efecto en la salud pública es crítico, pues afecta el nivel de realización de la asistencia, la docencia y la investigación, es un freno para el logro de las interrelaciones que deben producirse con otros sectores, compromete la eficiencia y la efectividad de los sistemas organizativos y provoca errores en el diseño de las estrategias (Castell-Florit, P., 2007 b) (Castell-Florit, P., 2004).

Podemos distinguir 2 tipos de desintegración; la interna y la externa. La primera se manifiesta dentro de las estructuras organizativas, mediante la multiplicidad de cargos y puestos de trabajo para funciones directivas, lo que ocasiona fragmentación de la gestión administrativa, también en los procesos de atención médica, por repetición de acciones sobre un mismo paciente en instituciones diferentes, además, en procedimientos médicos fragmentados, tratándose de una misma especialidad no se considera al cuerpo humano como un sistema completamente integrado.

La desintegración externa puede ocurrir dentro del propio sector, por afectaciones en las interconexiones institucionales, es una de las causas de duplicidad en los procesos de atención médica, y las afectaciones en los procesos docentes e investigativos y aquella que se produce cuando no existe la articulación requerida con otros sectores de la economía, la sociedad y la comunidad, se desvirtúa el verdadero concepto y objetivo de la salud pública.

## **Escenario actual**

El escenario del momento tiene que ser el reflejo de las constantes transformaciones que se han producido en el sistema de salud cubano durante 5 décadas de esfuerzo por el desarrollo en nuestro país. Es obligado desarrollar acciones con mayor nivel de científicidad

y todos los actores impregnados de los valores éticos y morales que posibiliten sostenibilidad y continuidad en los sistemas organizativos.

El perfeccionamiento de la atención primaria incidiendo transversalmente en todo el sistema: policlínicos con una mayor potencialidad en los niveles de atención al contar con servicios que tradicionalmente solo eran vistos en el nivel secundario, mayor descentralización de los procesos educacionales como vía de incrementar la universalización de la enseñanza, participación social e intersectorial como condición determinante de la salud pública, son grandes estrategias a enfrentar.

## **Proyección estratégica. Enfoque integrador**

Para el logro de los objetivos que demanda la salud pública cubana se requiere de un pensamiento estratégico y tácticas que permitan llegar a la esencia de los fenómenos, involucrar a todos los actores, evitar improvisaciones, validar resultados, distinguir particularidades, establecer disciplina, flexibilidad para ajustarse a las diferentes realidades y proyectar los cambios necesarios.

Existen tecnologías diversas que mediante su apropiación posibilitan enfrentar científicamente este reto. Destacaremos sólo algunas de ellas: enfoque sistémico epidemiológico, enfoque participativo, diagnóstico organizacional, matriz DAFO, estrategias maestras, que al materializarlas en un plan de acción mediante ese enfoque tecnológico posibilita:

- Instrumentar la transformación y desarrollo del sistema nacional de salud en función de la excelencia.
- Perfeccionar la atención integral de salud como eje articulador.
- Elevar la calidad de la gestión y formación de recursos humanos.

Estos constituyen grandes objetivos que además del enfoque tecnológico requiere el establecimiento de bases de integración que hagan viable su logro en el contexto de nuestro sistema social.

Las bases de integración tienen entre sus elementos claves los siguientes:

Conocimientos: imprescindibles como transformador del pensamiento, motor impulsor del accionar que hace posible el cambio necesario.

**Integridad:** cuando se logra conjugar todos los atributos de las personas implicadas y sus acciones se materializan positivamente en los procesos de trabajo.

**Extensión:** implica la participación, el compromiso y la acción de numerosos sectores de la economía, la industria, el comercio, la cultura, la educación, el turismo, la legislación, la protección, la seguridad ciudadana, los medios de comunicación y las ciencias.

**Interdependencia:** interrelación de numerosos actores, todos los cuales son al mismo tiempo, objeto y sujeto del sistema, de ello depende la producción de salud.

**Participación:** proceso social mediante el cual todos los actores, sectores y fuerzas sociales, incluidos los de la comunidad, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud o bienestar u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica la búsqueda y ejecución de las soluciones.

**Compromiso:** actitud de llevar a cabo lo prometido, lo pactado o la obligación propia de un desempeño, viviéndolo en forma profunda, de acuerdo con principios y valores.

Todos y cada uno de estos elementos se interrelacionan para lograr integración en salud pública.

La integración interna y externa está en correspondencia con las ocurrencias de las articulaciones y fusión entre las instituciones del propio sector salud o con otras fuera del sector.

Los directivos requieren comprender, asimilar, y convertir estas proyecciones y objetivos en realizaciones concretas, un factor determinante y necesario es una preparación altamente eficiente, esto requiere planes de capacitación bien diseñados (Castell-Florit, P.,2004).

## **Capacitación y conocimiento**

El problema del conocimiento no puede ser resuelto por los planes de capacitación convencionales. El primer obstáculo es que, generalmente, dichos planes no están diseñados realmente para mejorar el desempeño de la institución y en segundo lugar no impactan en la organización como un todo. Estas son las principales causas (Carnota, O., 2005):

- No se hace una previa segmentación del personal que distinga los grupos en función del tratamiento diferenciado que deben tener,



por ejemplo, entre directivos y profesionales, entre directivos de diferentes niveles, o entre personal ejecutivo o funcional.

- A veces son campañas cuyo éxito está por descontado siempre que se cumplan las fechas, las cantidades de personal y la aprobación por todos de los contenidos. Cada campaña es sustituida por una nueva y queda poco rastro de cada una.
- No están relacionados con el desempeño. Se carece de una vinculación real entre preparar a las personas y hacerles que cambien sus actitudes y conductas. Si la capacitación no produce ese efecto queda entonces sólo como un ejercicio intelectual costoso.
- No se dan herramientas para aprender a aprender y esto es fundamental para el autodesarrollo.
- No están vinculados con la aplicación concreta. Se supone que a partir de que la persona termina el curso, utilizará lo aprendido en el trabajo diario. No siempre es así.
- Con frecuencia se carece de una estrategia corporativa que vincule la formación y desarrollo de los diferentes segmentos de personal con el alcance de los objetivos planteados en dicha estrategia.
- Se supone que la organización como un todo, aprenderá a partir de la suma de las cosas que aprendan los individuos que la componen y esto no es así. El aprendizaje de la organización no es la suma de lo que saben sus integrantes.
- No se toman en cuenta los cambios organizacionales que deberán producirse a partir de cómo se ha modificado o se modificará el escenario donde la organización está insertada y por tanto, no se prepara a las personas para su asimilación y participación activa.
- Utilizan el curso como modalidad docente básica, dejando de lado muchas otras posibilidades de mayor valor y efectividad con respecto a la preparación de adultos.

Finalmente, en muchas ocasiones, el problema que se quiere resolver no tiene su causa en la falta de capacitación, sino en procesos mal diseñados, en pocas oportunidades para que las personas desarrollen nuevas ideas y las pongan en práctica o en mal trabajo de los directivos."

## **Capacitación-cultura organizacional**

La preparación es uno de los componentes esenciales y necesarios que requieren los recursos humanos del sector salud, a partir de la captación y la selección del personal que garanticen los procesos de trabajo, para alcanzar el desarrollo que se requiere, a través de los cambios que todo sistema organizacional demanda. Este desarrollo no es un producto de la espontaneidad, estará en correspondencia con las actitudes, valores, inteligencia, talento y la experiencia de aquellos responsabilizados con las acciones, además del nivel de información que se necesita, que contribuyan al logro de los objetivos propuestos.

Por lo tanto en la cultura organizacional hay que considerar la preparación individual de todos y cada uno de los componentes de un sistema y todos los atributos enunciados, pero una verdadera cultura organizacional no depende únicamente de los atributos que posea cada trabajador como componente del sistema, sino de esos mismos atributos vistos en los grupos de trabajadores, constituidos en verdaderos equipos de trabajo.

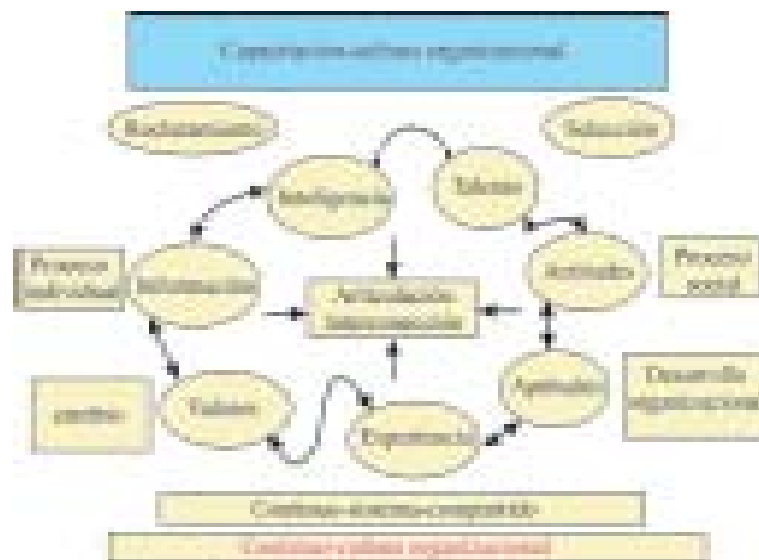
De esta manera pasamos de procesos individuales a procesos colectivos o sociales. Todo eso demanda, interconexiones o articulaciones que justifiquen un sistema que pueda anidar la cultura organizacional, es cuando los atributos destacados con anterioridad, pasan de un interés individual a colectivo, se expanden en función del desarrollo de las organizaciones y se funde la gestión del conocimiento y la cultura organizacional como recursos tecnológicos de los procesos de conducción.

Esos procesos requieren que sean continuos, sistemáticos, tecnológicos y compartidos, integrados a una verdadera gestión de la información y conocimiento institucional, para que contribuyan a la sustentabilidad de las organizaciones. Hay múltiples posibilidades de desintegración, si se pierden las interconexiones o articulaciones de los elementos enunciados, o la afectación posible ante la falta de cualquiera de ellos (figura 1).

Por lo tanto, no solamente es garantizar un programa que capacite metodológicamente, bien diseñado, para contribuir con los cambios que demanda con urgencia el sistema de salud, sino que es garantizar

un sistema de preparación en dirección en salud que contemple estas consideraciones y que tome muy en cuenta el escenario social local y global donde se desarrolla.

La preparación de los directivos mediante este sistema, resultará efectiva cuando se logre asegurar en estos, conocimientos, disposición, actuación superior en la conducción, que constituya un factor de estimulación y motivación y contribuya a la generación de ideas. Para ello se requiere, superior preparación político ideológica, contar con una cantera dispuesta, organizada y segmentada, y las tesis resultantes de los procesos docentes orientadas a los problemas de salud.



## Consideraciones finales

La integración e integralidad en el pensamiento, conocimiento y la acción en el sistema nacional de salud es necesaria y demanda:

- Estar reflejada en recursos humanos competentes.
- Existencia de estrategias eficientes, eficaces y efectivas.
- Acciones consecuentes que estén en correspondencia con la voluntad política.

- Mayor Calidad en la atención.
- Mayor satisfacción de usuarios y prestadores y el contexto actual del sistema de la sociedad cubana sin desconocer la globalización de la crisis económica, energética, medio ambiental y social que vive el mundo de nuestros días.

## Bibliografía

- Carnota, O. (2005): Tecnologías gerenciales una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Castro, F. (1991): La Historia me absolverá. La Habana, Ed. Gente Nueva
- Castro, F. (2000): La salud pública y el desarrollo de la medicina. Ciudad de La Habana: Editora Política.
- Castell-Florit, P. (2003 a): Enfoque sistémico epidemiológico y el proceso gerencial. En Gerencia en Salud. La Habana, Ministerio de Salud Pública. (pp. 1-10).
- Castell-Florit, P. (2003 b): La gestión en Sistemas y Servicios de Salud. Proyección social y comunitaria. Intersectorialidad. En Maestría en Economía de la Salud y Gestión de los Servicios Sanitarios. Módulo gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Material Docente La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública, pp 1-10.
- Castell-Florit, P. (2004). Intersectorialidad: discurso y realidad. Revista Cubana Higiene y Epidemiología, 42 (1), Extraído 16 de julio de 2009 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42\\_1\\_04/hie01104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_1_04/hie01104.htm)
- Castell-Florit, P. (2007a): Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la Intersectorialidad. Revista Cubana de Salud Pública, 33 (2), Extraído 16 de julio de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620070002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620070002&lng=es&nrm=iso)
- Castell-Florit, P. (2007b): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Ed. Ciencias Médicas
- Castell-Florit, P. (2008): Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel Global y Local. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. y E. Gispert (2009): La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública, 35(1), Extraído 16 de julio de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620090001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620090001&lng=es&nrm=iso)
- Martínez, S. (2002): El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba. En Gerencia en Salud (Tomo III, pp. 17-35). La Habana, Ministerio de Salud Pública.
- Pardo, A., J. Duberger et al. (2007): Matriz de Balance de Fuerzas Innovadas. Revista Infodir, 3. Extraído 16 de julio de 2009 desde <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=13351>
- Ramírez, A., P. Castell-Florit, y G. Mesa (2003): El Sistema Nacional de Salud de Cuba. Extraído el 13 de julio de 2009 desde [http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/09\\_el\\_sistema\\_nacional\\_de\\_salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/09_el_sistema_nacional_de_salud.doc)
- Vidal, M. y P. Castell-Florit (2003): Conceptos importantes para una efectiva gestión de la información y el conocimiento en el Sistema de Salud Cubano. En Folleto docente para estudios de la cátedra de dirección en Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Vidal, M., P. Castell-Florit, y M. Acevedo, (2008): Formación en valores y ética en el trabajo de la Salud. Revista. Infodir, 6. Extraído el 17 de julio de 2009 desde: <http://www.infomed.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=19433>

# **El empoderamiento. Una alternativa teórica útil al enfoque intersectorial para la salud**

MSc. Guillermo Díaz Llanes

## **Introducción**

La notable revolución tecnológica que ha tenido lugar en el curso de los últimos años, ha removido las bases materiales de la sociedad y transformado de manera drástica la comunicación entre individuos, grupos sociales y culturas al nivel global.

Dichas transformaciones han modificado sustancialmente los cuadros de morbilidad y mortalidad de muchos países, en donde las enfermedades no transmisibles y las desviaciones de la salud han pasado a ocupar un rol protagónico. A su vez el desarrollo científicotecnológico ha puesto de manifiesto la importancia de la salud colectiva para el progreso social. Datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud, revelan que 3 de los 8 objetivos del desarrollo del milenio para el año 2015; 8 de las 16 metas para alcanzarlos y 18 de los 48 indicadores para su desenlace exitoso, se relacionan de manera directa con la salud (Savigny, 2009).

Ello hace evidente no solo el alcance de este tema, sino el enorme desafío que comporta para la salud pública, la construcción de condiciones colectivas, tales como el establecimiento de políticas públicas

saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de acciones comunitarias, la reorientación de los servicios de salud y el desarrollo de habilidades personales que favorezcan el genuino despliegue de la salud en tan complejas circunstancias (Rodríguez, 2009).

Es por ello que, a la luz del vasto conocimiento acumulado por las ciencias de la salud, se requiere conocer y perfeccionar los mecanismos y procesos estructurales responsables de las iniquidades, los que median entre aquellos y los resultados en salud y las acciones sobre los puntos de inflexión capaces de producir cambios sustanciales al nivel de todo el sistema (OMS, 1998).

En tal sentido, existen numerosas evidencias empíricas y teóricas que sustentan la construcción de redes colaborativas interdisciplinarias e intersectoriales competentes, como “*conditio sine qua non*” para la consecución de dichos fines (Shiell, 2009; Hunter, 2008). De ahí el reconocimiento del enfoque intersectorial como pilar de la salud pública contemporánea (Castell-Florit, 2007).

## **Empoderamiento e intersectorialidad.**

### **Fundamentos comunes**

El enfoque intersectorial sintetiza los más recientes presupuestos de la ciencia. En primer lugar contempla los preceptos del pensamiento sistémico como fundamento teórico para actuar con más acierto y eficacia en circunstancias complejas concretas (Sotolongo, 2006). De tal modo, aboga por la sinergia que emerge de la acción coordinada de diversos sectores de la sociedad o parte de ellos, en función de solucionar un problema de salud o actuar sobre sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes (Castell-Florit, 2007).

En segundo lugar, reconoce cada comunidad, como escenario de procesos singulares de producción de salud, que requieren intervenciones ajustadas a sus características, con lo cual se alinea con posicionamientos ontológicos de actualidad; y por último, aboga por la necesidad de establecer relaciones horizontales, participativas, con alto grado de compromiso entre los diversos sectores, que son consistentes con las posturas epistemológicas que lideran el pensamiento filosófico contemporáneo.

Sin embargo, el éxito del enfoque intersectorial en la salud pública, no depende solo de la presencia de esos rasgos potenciales, sino

que pasa necesariamente por la adopción de estrategias metodológicas, científicamente fundamentadas que garanticen su sostenibilidad y eficacia. Una alternativa promisoría en ese sentido podría ser el empoderamiento, por ser una teoría capaz de ofrecer un tejido conceptual que ayuda a comprender procesos y resultados imbricados en el ideal de autonomía, responsabilidad para involucrarse en los problemas que afectan a comunidades, instituciones e individuos (Zimmerman, 2001), dada su naturaleza positiva, dinámica, dialéctica, ecológica, transformadora, política y centrada en la acción, atributos consonantes con la alta complejidad que demandan las acciones intersectoriales.

## **Aproximaciones conceptuales al empoderamiento**

El glosario de Promoción de Salud de la OMS afirma que, *el Empoderamiento para la promoción de la salud es un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud*". En él, los individuos expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural (OMS, 1998).

Dicho proceso desarrolla la capacidad de autodeterminación que transcurre por un proceso que parte de la toma de conciencia de todos los factores que influyen en la vida de las personas (concienciación) que desencadena habilidades para decidir sobre su propio destino (liberación). En resumen, se trata de facilitar a los individuos, instituciones o comunidades, mayor control sobre su propia existencia (OMS, 1998).

Wallerstein y Bernstein, conciben el empoderamiento como un proceso de acción social por medio del cual los individuos y los grupos actúan para adquirir el control sobre sus vidas en un contexto de cambio dentro de su medio social y político (Wallerstein & Bernstein, 1994).

Rappaport, define el empoderamiento como un proceso mediante el cual las personas, las organizaciones y las comunidades ganan control sobre sus asuntos (Rappaport, 2001).

Por su parte el Banco Mundial ha definido el empoderamiento como un proceso que incrementa la capacidad de individuos o grupos

para hacer elecciones y transformarlas en acciones deseadas y resultados. Para construir valores individuales y colectivos y mejorar la eficiencia y transparencia de los contextos organizacionales e institucionales que manejan el uso de dichos valores (Wallerstein, 2006).

El Grupo de Empoderamiento de la Universidad de Cornell lo conceptúa como un proceso intencional centrado en la comunidad, mediante el cual, las personas que carecen de recursos, ganan mayor acceso y control sobre ellos. Dicho proceso integra el respeto mutuo, la reflexión crítica, el cuidado y la participación grupal (Cornell Empowerment Group, 1989).

Según Mechanic, el empoderamiento puede ser concebido como un proceso donde los individuos aprenden a percibir una correspondencia más cercana entre sus objetivos y un sentido de cómo lograrlos, así como una relación entre sus esfuerzos y resultados vitales (Mechanic, 1991).

De acuerdo con Zimmerman, los procesos empoderantes deben distinguirse de los resultados empoderados. Tanto los unos como los otros varían considerablemente para cada persona, comunidad e institución. Los comportamientos que necesita un adulto mayor para convertirse en una persona empoderada, son diferentes de los que debe asumir un directivo de una institución de salud. De igual manera, el significado que tiene para esas 2 personas estar empoderado tampoco es análogo, de ahí la naturaleza contextual de los contenidos y la expresión del empoderamiento (Zimmerman, 1992).

Esta distinción resulta de gran interés para la evaluación de las intervenciones dirigidas a empoderar en el enfoque intersectorial a individuos, instituciones o comunidades, en tanto contribuye a la precisión de los indicadores a utilizar. En cuanto al proceso, deben evaluarse los intentos por ganar control, por identificar y obtener recursos, tanto materiales, cognitivos, afectivos como instrumentales, así como la comprensión crítica del entorno social. El proceso es empoderador si ayuda a las personas a desarrollar capacidades para que puedan resolver problemas y tomar decisiones (Zimmerman, 2001).

Los resultados empoderados pueden evaluarse desde indicadores relacionados con las consecuencias de los intentos de los ciudadanos por ejercer mayor control en sus comunidades, o los efectos de las



intervenciones diseñadas para empoderar los participantes. Los resultados empoderados también difieren en virtud de los niveles de análisis (Zimmerman, 2001).

## **Niveles de análisis del empoderamiento**

El análisis de empoderamiento en cuanto a niveles, ha sido propuesto por Kruger y Zimmerman, el primero lo conceptualiza en 5 niveles: personal, interpersonal, político, organizacional y profesional, en el nivel personal, el empoderamiento ayuda a promover cambios, en el interpersonal, fortalece las redes de apoyo social para los grupos con desventajas. En el nivel político provoca acciones colectivas con el objeto de influenciar la toma de decisiones gubernamentales, en el organizacional promueve ambientes laborales que posibilitan participación en la toma de decisiones, y en el profesional hace énfasis en la gestión del conocimiento y su socialización (Zimmerman, 2001).

Zimmerman sugiere 3 niveles de análisis en el empoderamiento: organizacional, individual y comunitario con indicadores específicos en cada uno de ellos (Zimmerman, 2001). El nivel organizacional contendría a su vez 3 componentes, el intraorganizacional, el interorganizacional y el extraorganizacional.

El nivel individual incluye creencias sobre la propia competencia, esfuerzos para ejercer control y la comprensión del entorno sociopolítico, que a su vez contiene la habilidad para identificar quienes tienen el poder, sus recursos, su conexión con el hecho en cuestión y los factores que influyen la toma de decisiones. Este proceso también ha sido descrito como la comprensión de agentes causales. Una conciencia crítica también comprende el conocimiento de cuándo enrolarse o evitar un conflicto y la habilidad para identificar y cultivar recursos necesarios para el logro de objetivos deseados (Zimmerman, 2001).

El empoderamiento al nivel comunitario, de acuerdo con Wallerstein, concentra 3 dimensiones: autoeficacia colectiva, cohesión comunitaria e interpretación del entorno (Wallerstein, 2006). En cuanto a la cohesión comunitaria para la intersectorialidad, destacan la capacidad de las organizaciones políticas y de masas, para aliarse en la búsqueda de un objetivo, que podría estar relacionado con la

emergencia de cualquier problema de salud o para realizar acciones de promoción o prevención.

La autoeficacia colectiva expandiría la capacidad de la comunidad para establecer cursos de acción eficaces en pro de un objetivo, mediante la identificación de barreras y beneficios percibidos y su relación con situaciones objetivas y la selección de los individuos más competentes para liderar dichas acciones. Por su parte la interpretación del entorno contemplaría el desarrollo de la capacidad de la comunidad para interpretar su situación de salud, e identificar acciones eficaces para modificar sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes.

Estos niveles no obedecen a un orden jerárquico, más bien se fertilizan mutuamente. Los individuos empoderados constituyen la base del empoderamiento, tanto organizacional como comunitario, mientras que de las comunidades o instituciones empoderadas emergen individuos empoderados.

Un nítido ejemplo en este sentido es la contribución al empoderamiento individual que conlleva la participación proactiva en comunidades y organizaciones. En ellas las personas pueden modelar a otros y ganar experiencia organizando, identificando recursos o desarrollando estrategias de cambio social. Bergen ha sugerido que involucrarse en organizaciones comunitarias ayuda a disminuir el sentimiento de poco poder, alienación y separación de la vida comunitaria (Zimmerman, 1997).

Los participantes en varias organizaciones comunitarias de derechos al bienestar, residentes en hogares de cuidados, miembros de asociaciones de vecinos y miembros de uniones, reportaron un incremento en el activismo, en su capacidad de involucrarse, una mayor competencia y control percibido y un decremento en la alienación (Zimmerman, 1995).

Algunos estudios brindan apoyo a la noción de que los esfuerzos para ejercer control pueden tener un potencial empoderador, ellos han revelado diferencias significativas entre los grupos de activistas para una causa y los que se mantienen al margen. Se reportan mayores niveles de bienestar, superiores sentimientos de eficacia política, mayor influencia de la situación por la que se lucha, así como beneficios en la personalidad y la vida social de los activistas, comparados con aquellos que no lo son (Zimmerman, 1995). Estos resultados con-

firman la hipótesis de que la participación comunitaria constituye una vía expedita para el ejercicio del sentido de competencia y control.

De igual forma, los componentes en los 3 niveles pueden experimentar desbalances. Es posible que un individuo participe en acciones colectivas y a su vez tenga poca conciencia crítica o percepción de control. De forma similar, una persona puede ser astuta sobre los agentes causales que afectan su vida, pero no actuar para influenciarlos (Zimmerman, 2001). Por su parte, una institución podría tener un adecuado desarrollo intraorganizacional y no proyectarse a la comunidad, o tener una participación deficitaria o nula en redes con otras instituciones.

## **El empoderamiento en la intersectorialidad para la salud**

La teoría del empoderamiento puede ser particularmente útil para el desarrollo de la intersectorialidad en sus 3 niveles de análisis. En el nivel individual, el énfasis debe situarse en los directivos. Ellos necesitan capacidad para interpretar el entorno, autoeficacia y habilidad para conseguir recursos, mediante acciones colectivas, que constituyen las dimensiones que desarrolla el empoderamiento a dicho nivel. En cuanto a la capacidad de interpretación del entorno, requiere fundamentalmente de: conocimiento de la situación de salud, destreza para identificar los sectores implicados en los componentes biológicos, sociales, comportamentales, económicos, medioambientales y políticos que determinan, condicionan y desencadenan el problema abordado y un juicio crítico en torno a la correspondencia entre los programas y las peculiaridades de la participación social y comunitaria en su radio de acción.

En cuanto a la autoeficacia, debe aplicar enfoques ajustados a las peculiaridades de la institución y su entorno, técnicas de trabajo en equipo que faciliten, tanto la descripción, interpretación y posibles soluciones a los problemas de manera diáfana, basados en procesos grupales verdaderamente participativos y cooperativos. Debe poseer habilidades y destrezas gerenciales que fomenten la comunicación, la motivación, las relaciones interpersonales y el liderazgo compartido, con base en estilos democráticos de dirección. Debe conocer y aplicar tecnologías gerenciales como la dirección por objetivos, por proyec-

tos, la negociación, la concertación, la mercadotecnia y la economía de la salud, entre otros. Ello requiere un directivo imbuido en la necesidad de basar sus decisiones en evidencias estrictamente científicas.

En cuanto al componente conductual del empoderamiento, el directivo necesita capacidad para interactuar en entornos intersectoriales, con base en la motivación y el aglutinamiento de equipos de dirección de los sectores implicados en la solución de un problema de salud emergente o en estrategias de prevención y promoción.

Al nivel institucional, el empoderamiento contribuye a mejorar la intersectorialidad, cuando presta atención a procesos y resultados intraorganizacionales. Entre los procesos, se concentra en la adecuada provisión de incentivos de diversa índole (Prestby, 1990), la relación entre los diferentes grupos dentro de la organización (Bond & Keys, 1993), el incremento de los roles en que participan los miembros de la institución, con base en estructuras matriciales (Peterson & Speer, 2000), el liderazgo a partir del estímulo al talento para organizar, establecer relaciones interpersonales tanto verticales como horizontales, compromiso y dedicación a la organización (Minkler, 2001), el desarrollo de un robusto sistema organizacional de apoyo social que provea a los miembros de recursos de diversa índole, para afrontar los retos inherentes a la obtención de control y el logro de objetivos (Peterson & Hughey, 2002) y el establecimiento de una cultura organizacional que tenga bien definidos los comportamientos que guían y sustentan las metas (Minkler, 2001).

En relación con los resultados de carácter intraorganizational se evalúan los indicadores que representan la estructura y el funcionamiento interno de las instituciones que resultan imprescindibles para el alcance de los objetivos. Entre ellos está la “viabilidad”, que se refiere al ajuste de los resultados, del número de reuniones y actividades que se producen. Tan perjudicial resulta para las instituciones, la ausencia de estas, como su exceso (Perkins, 1996). Otro indicador ha sido rotulado como “marcos impopulares”, que expresan la falta o exceso de miembros en los equipos, que entorpece el desenvolvimiento de los roles y por ende, laceran el involucramiento significativo de ellos en las tareas (Zimmerman, 1992).

El siguiente indicador se ha descrito como “colaboración entre subgrupos empoderados” y refiere a la influencia similar que deben tener estos en la conformación de agendas, discusiones y decisiones

que afecten la organización (Bond & Keys, 1993). El último indicador de resultados intraorganizacionales es la “identificación de recursos”, que se expresa en la capacidad de la organización para identificar y desarrollar planes para obtener recursos, ya sean personas, capacidades, financiamientos, espacios físicos u otros insumos requeridos para el alcance de los objetivos (Zimmerman, 1992).

Desde la perspectiva interorganizacional, la literatura provee evidencia suficiente para identificar procesos que constituyen la esencia del enfoque intersectorial, como el acceso a redes sociales (Gulati, 1999) y la participación en alianzas para la construcción de actividades con otras organizaciones (Itzhaky, 2002). Las experiencias en torno a la lucha antivectorial en Cuba representan un claro ejemplo de lo útil que resulta la participación activa de los sectores en los consejos de la administración.

Los resultados vinculados a la dimensión interorganizacional, se derivan de indicadores como la “colaboración” (Bartle, 2002) y la “obtención de recursos” (Zimmerman, 1992). Ellos resultan vitales porque proveen de vínculos para obtener recursos, compartir y disseminar información, ganar legitimidad y alcanzar objetivos. En el primero se concentran la coordinación de servicios, el intercambio de información, la formalización de relaciones que contribuyan al logro de objetivos tanto organizacionales como multiorganizacionales (Alter, 1993). Por su parte el segundo concentra la obtención de ingresos, personas, facilidades, materiales, productos u otros recursos de diversas organizaciones o sistemas, que contribuyan a la eficacia organizacional (Zimmerman, 1992).

El componente extraorganizacional del empoderamiento organizacional incluye la influencia en las políticas públicas, la creación de programas y espacios comunitarios alternativos y el despliegue de recursos de la organización en la comunidad (Zimmerman, 1991). Este último indicador, ilustra la naturaleza interconectada de los 3 componentes del empoderamiento organizacional. Un adecuado funcionamiento intraorganizacional, permite la identificación de los recursos. Las relaciones interorganizacionales facilitan su obtención, mientras que su traslado a la comunidad se expresa mediante la dimensión extraorganizacional. Por su parte, el desarrollo de esta última contribuye al perfeccionamiento de los componentes intraorganizacionales e interorganizacionales.

## Consideraciones finales

El empoderamiento puede constituir una estrategia efectiva para el desarrollo de la intersectorialidad en tanto:

- Estimula la participación activa de organizaciones, comunidades e individuos para resolver sus problemas de salud.
- Provee herramientas teóricas y metodológicas que propician la búsqueda de recursos de la más diversa índole.
- Propicia un clima basado en relaciones horizontales en instituciones y comunidades que incentiva el compromiso con las acciones de salud.
- Promueve la acción comunitaria e institucional mediante el involucramiento colectivo en la toma de decisiones, en el planeamiento, la implementación y la evaluación de las intervenciones.
- Promueve la identificación de problemas y sus posibles soluciones, desde la perspectiva de los propios actores en la comunidad y las organizaciones.
- Identifica al nivel local, las barreras estructurales o de otro tipo y acciona sobre ellas desde posiciones constructivas.
- Refuerza la participación auténtica, en virtud del desarrollo de autonomía en la toma de decisiones, el sentido de pertenencia comunitario e institucional y la capacidad para la interpretación crítica del entorno.

## Bibliografía

- Alter, C., J. Hage, (1993): *Organizations working together* (Vol. 191). . Newbury Park, CA: Library of Social Research.
- Bartle, E., G. Couchonnal, E. R.Canda, y M. D. Staker (2002): *Empowerment as a dynamically developing concept for practice: Lessons learned from organizational ethnography*. *Social Work*, 47, 32–43.
- Bond, M. y C. B. Keys (1993): *Empowerment, diversity, and collaboration: Promoting synergy on community boards*. *American Journal Community Psychology*, 21, 37-58.
- Castell-Florit, P. (2007): *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
- Cornell Empowerment Group (1989): *Empowerment and family support*. *Networking Bulletin*, 1, 1-23.
- Gulat, R. y M. Gargiulo (1999): *Where do interorganizational networks come from?*. *American Journal Sociology*, 104, 1439-93.

- Hunter, D. J. (2008): *Health needs more than health care: The need or a new paradigm*. The European Journal of Public Health, 18 (3):, 217-9.
- Itzhaky, H. y A. S. York (2002): *Showing results in community organization*. Social Work, 47, 125-131.
- Mechanic, D. (1991): *Adolescents at risk: New directions*. Paper presented at the Seventh Annual Conference on Health Policy, Cornell University Medical College. New York City . US.
- Minkler, M., M. Thompson, J. Bell y K. Rose (2001): *Contributions of community involvement to organizational-level empowerment: The federal healthy start experience*. Health Education and Behavior. 28, 783-807.
- OMS (1998): *Glosario de Promoción de la salud*. Ginebra, OMS.
- Perkins, D. D., B. B. Brown y R. B. Taylor (1996): *The ecology of empowerment: Predicting participation in community organizations*. Journal Social Issues, 52, 85-110.
- Peterson, N. A. y P. W. Speer (2000): *Linking organizational characteristics to psychological empowerment: Contextual issues in empowerment theory*. Administration Social Work, 24, 39-58.
- Peterson, N. A. y J. Hughey (2002): *Tailoring organizational characteristics for empowerment: Accommodating individual economic resources*. Journal Community Practice, 10, 41-59.
- Prestby, J. E., A. Wandersman, P. Florin, R. Rich y D. Chavis (1990): *Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations: A means to understanding and promoting empowerment*. American Journal Community Psychology, 18, 117-49.
- Rappaport, J. (2001): *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers,.
- Rodríguez, M. (2009): *Empoderamiento y Promoción de la Salud*. Revista Aragonesa de Promoción y Educación para la Salud. 14 (2): 20-31.
- Shiell, A y T. Riley (2009): *Theorizing interventions as events in systems*. American Journal of Community Psychology. 43 (3): 267-76.
- Savigny, D. et al. (2009): *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. Alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- Sotolongo, P. (2006): *Teoría Social y Vida Cotidiana. La Sociedad como sistema dinámico complejo*. La Habana: Publicaciones Acuario.
- Wallerstein, N. (2006): *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*.
- Wallerstein, N., E. Bersnstein (1994): *Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health*. Health Education Quarterly. 21 (2):141-8.
- World Health Organization. *Health in the Millennium Development Goals*. Extraído 4 de noviembre de 2009 desde <http://www.who.int/mdg/goals/en/>
- Zimmerman, M. y B. Israel (1992): *Further explorations in Empowerment theory: An empirical analysis of psychological empowerment*. American Journal Community Psychology. 1(6): 725-49.
- Zimmerman, M. (1995). *Psychological Empowerment: Issues and Illustrations*. American Journal Community Psychology. 23 (5).
- Zimmerman, M. (1997): *An HIV/AIDS prevention project for Mexican homosexual men: An empowerment approach*. Health Education Behavior. 24 (2): 177-90.
- Zimmerman, M. (2001): *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis (Chapter II)*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers,

# **Contribución del componente psicológico a la creación de una cultura de trabajo intersectorial**

Msc. Ana Caridad Serrano Patten  
Dr.Cs. Pastor Castell-Florit Serrate

## **Introducción**

Con la entrada al siglo XXI la humanidad ha estado asistiendo a cambios vertiginosos en su entorno, con un impacto marcado en las condiciones que históricamente han servido para garantizar su vida en el planeta. Una rápida mirada a las estadísticas epidemiológicas a nivel mundial, muestra el elevado índice de enfermedades prevenibles, transmisibles y no transmisibles, causas de discapacidad y muerte en la última década; elemento que pudiera resultar contraproducente con el desarrollo científico y tecnológico alcanzado por el hombre.

Paralelamente a esto se distingue el especial interés por el cuidado de la salud de las poblaciones, lo que se evidencia tanto en la preocupación a nivel político como en el aumento de la sensibilidad individual en el desarrollo de conductas de autocuidado.

En Cuba, desde 1959, el bienestar de la población ha sido uno de los principios fundamentales que ha orientado la política del gobierno revolucionario. Múltiples son los ejemplos que pudieran ilustrar lo anterior y que están recogidos detalladamente en las publicaciones sobre este tema, no es intención de esta autora la retórica. Baste con



reconocer la homogeneidad en el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública e identificar la fortaleza que ha representado para el estado de salud de los cubanos.

La salud de la población nunca fue responsabilidad exclusiva de los servicios sanitarios, sino expresión de un proyecto social integrador cuyo desarrollo va *in crescendo*. Vale señalar que en la actualidad el país es testigo, como nunca antes, de una importante confluencia de múltiples sectores de la sociedad en pro de contribuir desde cada una de sus singularidades al logro del bienestar y mejora de calidad de vida de sus habitantes.

En reportes de investigaciones científicas cubanas en los últimos años, (Gispert, 2008; Mirabal, 2006; Castell, 2008), se puede observar un avance sustancial en los aspectos teóricos metodológicos de la intersectorialidad para la salud, sin embargo, se advierte que a pesar de la aceptación de la propuesta de trabajo intersectorial como meta en las intervenciones sanitarias, existen dificultades en su implementación. Véase a continuación una sistematización de los problemas subyacentes en este sentido:

- Se aspira a un liderazgo compartido, pero se privilegia en extremo el rol decisivo del sector salud en las acciones intersectoriales.
- Existencia de limitaciones dentro del propio sector salud para propiciar estrategias intersectoriales.
- Pobre percepción del criterio de responsabilidad compartida de diferentes sectores implicados en la solución de problemas de salud.
- Necesidad de potenciar aún más el trabajo intersectorial.
- Necesidad de trabajar para el desarrollo de la intersectorialidad consciente y participativa.
- Insuficiente percepción de problemas de salud cuya solución requiere de trabajo intersectorial.
- Insuficiente incorporación de problemas de salud a proyectos intersectoriales.
- Conflictos de intereses entre los sectores convocados a aportar soluciones a determinadas situaciones de salud.

Detrás de la solución a estos problemas identificados, está el desafío de superar la fragmentación de funciones y estructuras burocráti-

cas que aún prevalecen y que obstaculizan el abordaje integral a problemas de salud tributarios de acciones intersectoriales para su tratamiento. No obstante, se debe reconocer la existencia de aspectos propiamente humanos que pueden estar mediando en el limitado éxito de las acciones en estos momentos.

Todo sector o institución es una organización humana, lo que le atribuye un carácter psicosocial. Las personas constituyen la unidad básica para su estructura y funcionamiento; de ahí que para comprender la dinámica que acontece en el fenómeno en cuestión, es imprescindible concederle importancia a los aspectos, tanto objetivos como subjetivos que intervienen.

Toda conducta social conjunta emerge a partir del obrar de múltiples acciones individuales. Una mirada hacia el interior de la concepción cubana de intersectorialidad para la salud, (Castell et al., 2004, 2005, 2007, 2008, 2009) permite identificar en esta los elementos antes señalados. Los siguientes ejemplos extraídos de la teoría lo evidencian:

"La Intersectorialidad es la acción coordinada entre actores representativos de más de un sector social.....forma parte integrante de una respuesta social organizada...." "...objetivos comunes consensuados entre todos..." "... red de interrelaciones..."; "...liderazgo compartido..."; "...recursos humanos empoderados".

Más que sectores propiamente dichos, se encuentra en cada propuesta, la acción de seres humanos que representan un sector o institución específico, cuya interacción deviene en un acuerdo de trabajo cooperativo que tiende al cumplimiento de una meta común: la búsqueda de mejoras en la salud de la población al transitar por el logro de su bienestar.

La administración de procesos intersectoriales es intangible, su presencia queda evidenciada por el resultado de los esfuerzos de quienes los desarrollan. Desconocer o desatender este particular es un error con consecuencias negativas en el logro de los objetivos que se proponen al ejecutar cualquier proyecto intersectorial; de ahí que legitimar la humanización del proceso debe ser un aspecto ineludible en cada nueva propuesta.

El propósito de este apartado es llamar la atención de todos los que de manera directa o indirecta están relacionados con esta actividad, hacia la observancia de diferentes procesos dinámicos del com-

portamiento que acontecen a nivel microsocioal (subjetividad individual) y a su consecuente articulaci3n con aspectos macrosociales (estructuras objetivas de relaciones sociales).

Comprender la resultante de dicha articulaci3n, redundar3 en fortalecimiento de los necesarios v3nculos que dan vida a un proyecto intersectorial y permitir3 establecer pautas para su legitimaci3n efectiva y adecuada, en el camino de la consecuci3n de una cultura de la intersectorialidad.

## **Cultura de trabajo intersectorial. La propuesta**

La aspiraci3n de que la intersectorialidad se convierta en la tecnolog3a de elecci3n para la soluci3n de los problemas relacionados con el bienestar, la mejora de la calidad de la vida y la salud de la poblaci3n, requiere de la elaboraci3n de una cultura de trabajo intersectorial entre todos los implicados.

El t3rmino "cultura" ha sido objeto de numerosas acepciones en virtud de la amplia gama de actividades que desempeña el hombre en su vida cotidiana y con las cuales adquieren uno u otro sentido, sus muchas definiciones.

La Psicolog3a Social postula que la cultura es la expresi3n de la subjetividad de la organizaci3n; enti3ndase, valores, normas, conocimientos formales, creencias, formas de expresi3n y pautas de comportamientos propias de una organizaci3n, que se van transmitiendo de una generaci3n laboral a otra y que dictan y explican el comportamiento en la producci3n y reproducci3n del entorno de quienes la componen (Katz y Kahn, 1989).

La creaci3n de la cultura est3 indisolublemente vinculada a la actividad pr3ctico-social-transformadora del hombre; por lo que no puede ser explicada sin tener en cuenta la esencia de lo humano. Al decir de Vargas (1990) el criterio de desarrollo de la cultura lo constituye las relaciones sociales que conforman la "sustancia de la cultura". De lo anterior se puede entender que la existencia y manifestaci3n de la cultura, se encuentra en y a trav3s de las relaciones que establece el hombre en la actividad vital.

Las personas involucradas en acciones intersectoriales provienen de instituciones u organizaciones que han desarrollado una cultura determinada; en su participaci3n expresan sus valores caracter3s-

ticos en correspondencia con la experiencia, creencias y normas aprendidas.

Si bien es cierto que un proyecto intersectorial para la salud, reconoce y contempla conceptos e instrumentos que permiten el abordaje de un problema desde diferentes posiciones para el alcance de un fin común, la construcción de una cultura de trabajo intersectorial con valores, actitudes y comportamientos compartidos, garantizarían la progresión creciente de la eficiencia y la eficacia en el trabajo y por consiguiente su sostenibilidad.

## **El recurso humano en el escenario de trabajo intersectorial**

Castell, P. (2007) define un grupo de factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad; los identifica y clasifica en 3 grupos.

1. Factores determinantes de la intersectorialidad.
2. Factores condicionantes de la intersectorialidad.
3. Factores desencadenantes de la intersectorialidad.

Entre los factores condicionantes y desencadenantes se incluyen los relacionados con los recursos humanos que intervienen en el trabajo participativo y de cooperación requeridos para desarrollar las acciones. Este autor preconiza el criterio de que "sin la concepción clara y precisa de estos factores no sería posible establecer formas de actuación con enfoques y métodos, científicamente fundamentados, en este tipo de proceso".

Dada la importancia que se le confiere a las personas, tanto del sector salud como de otros sectores para el logro de las metas, resulta muy atinado tener una adecuada percepción de que solucionar un problema de salud a través de acciones intersectoriales, requiere de un intenso trabajo grupal que se desencadena desde el propio momento de su identificación.

Una vez convocadas las personas encargadas de gestionar las acciones intersectoriales, estas comparten extensas jornadas laborales, reuniones de planificación y control, actividades de capacitación, momentos de importantes tomas de decisiones e intercambio de opiniones.

Estas actividades no tienen un curso lineal, son por el contrario estructuradas y dinamizadas en función de las condiciones y circunstancias en que se opera. Cada participante tiene la responsabilidad de desempeñar su papel correspondiente de manera objetiva y con la suficiente capacidad para convertir los esfuerzos de trabajo en resultados que tienden al cumplimiento de la meta propuesta.

Al unísono, estos espacios de trabajo constituyen también fuentes de gratificaciones y de frustraciones, motivo de alegrías y de preocupaciones. Es frecuente que, dadas sus características, la gestión intersectorial se convierta en origen de múltiples conflictos.

Pueden aparecer conflictos en el orden intrapsíquico, muchas veces ambivalentes, con respecto al trabajo. Por un lado, este satisface necesidades de realización, pero al mismo tiempo provoca conflictos con la familia y con la disponibilidad de tiempo libre. Estas manifestaciones pueden ocurrir además, a lo interno de las relaciones interpersonales en el grupo de trabajo o a nivel interinstitucional.

Sirva este ejemplo para ilustrar la naturaleza psicosocial del trabajo grupal. Su innegable existencia debe ser valorada en su justa medida. De ahí la insistencia de ponderar esta perspectiva en el intento de comprender la dimensión humana de la labor intersectorial.

## **Características psicológicas y gestión intersectorial**

Los directivos del sector salud, antes conductores de la actividad sanitaria, requieren estar imbuidos de la concepción intersectorial; no solo a partir del conocimiento conceptual-metodológico, sino formados y entrenados técnica y humanamente, comprometidos con la tarea de la integración desde una perspectiva psicosocial.

Liderar acciones intersectoriales para la salud, supone la interacción coordinada entre representantes de diferentes sectores o instituciones que se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte a la salud o para evitarlo.

Por la trascendencia de este trabajo grupal, el proceso de gestión debe ser pensado y planificado por individuos que además de poseer conocimientos sobre tecnologías gerenciales, deben estar psicológicamente dotados de atributos que pueden favorecer el desempeño en

la conquista colectiva de los resultados esperados. El reconocimiento, por parte de los cuadros del sistema, de aspectos psicológicos individuales y grupales que intervienen en dicho proceso, redundará en su éxito.

Poseer una actitud flexible ante los cambios del ambiente externo, es una característica que favorece el proceso de gestión intersectorial. La actitud es la tendencia más o menos generalizada a responder de un modo característico (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto, persona o grupo de personas (Hiebsch, 1982). La flexibilidad es una cualidad del individuo que le permite la adaptabilidad a los cambios y reduce el riesgo de desorganización de la personalidad (Calviño 2006 a, 2006 b).

La solución a los problemas de salud que requieren de acción intersectorial, no depende exclusivamente de la disposición de sus actores para alcanzarla, sino que están sujetas a factores condicionantes de la intersectorialidad cuya expresión puede facilitar o entorpecer el proceso. Reaccionar con una actitud flexible ante los obstáculos, posibilita la búsqueda de soluciones alternativas entre los miembros del equipo de trabajo de una manera creativa y desarrolladora; permite además, una reestructuración temporal del campo de acción que establezca las prioridades necesarias y la evaluación adecuada de riesgos y beneficios.

Una actitud rígida, dogmática e inflexible es contraproducente con la sinergia necesaria para la materialización del trabajo; además, está reñida con la importancia de que las personas desarrollen estilos de afrontamiento centrados en la solución de los problemas, lo cual permite una resolutivez más eficiente en los entornos de realización.

La capacidad para trabajar en equipo, es una de las características que debe primar en los individuos que despliegan una acción intersectorial para resolver un problema de salud determinado. Evocar la imagen de un equipo deportivo de alto rendimiento, constituye un recurso que facilita el entendimiento de la importancia que se le confiere a este atributo. Sus miembros son seleccionados en función de su desempeño anterior y de las funciones que se espera que cumplan; por otra parte, son entrenados técnica y psicológicamente en el compromiso con la meta del equipo: ganar. Dicha meta, en tanto ta-

rea grupal, les crea la necesidad del "otro" y la vivencia de que "los otros" son imprescindibles para alcanzarla.

Es precisamente esta cultura la que hay que fomentar entre los directivos. El comportamiento individual es importante en el desarrollo de determinadas acciones colectivas. Cuando se habla de intersectorialidad, estas capacidades individuales se multiplican en un sinergismo respaldado por la cohesión, elemento que deviene en proceso transformador.

La labor integrada de un equipo de trabajo intersectorial, no puede ser arbitraria. No basta con tener jerarquía en la cadena de mando o responsabilidad como representante de una institución o sector. Debe lograrse que cada quien sienta a "los otros" como imprescindibles para el alcance de los objetivos; elemento que le confiere sentido a las tareas y revela el valor que cada uno tiene en los diferentes momentos de la gestión. El funcionamiento del grupo de trabajo intersectorial como un verdadero equipo, le concede integridad y personalidad propia al proceso.

El liderazgo es otro atributo que cobra características especiales en su ejecución grupal. La concepción intersectorial de salud avala el criterio de liderazgo compartido, dada la responsabilidad de diversos sectores en el logro de un fin. Este criterio rompe con el concepto que define el liderazgo como el deseo interno de guiar a otros hacia el cumplimiento de los objetivos trascendentes y se acerca a la definición de liderazgo transformador, (Kaufman,1997) que lo describe como un proceso más democrático, adecuado y efectivo en esta modalidad de trabajo en equipo.

No obstante lo anterior, vale señalar que dicho estilo de liderazgo no es absoluto, ya que se ejerce bajo determinadas condiciones temporoespaciales según la planeación estratégica que el trabajo establezca. Tampoco debe obviarse que los integrantes del grupo de trabajo intersectorial, los actores que legitiman dichas situaciones de liderazgo, necesitan compartir capacidades, habilidades y experiencias que sirvan de soporte instrumental para el desarrollo de este enfoque.

El logro de un trabajo sistemático y estable, donde la gestión sea desarrollada a partir del liderazgo y no de la dirección, requiere de un aprendizaje grupal significativo de los modos de hacer la intersectorialidad. Para ello es necesario estar abierto al reto que

representa la relación entre los conocimientos nuevos y la experiencia, integrándose en el accionar cotidiano a partir de la práctica.

La motivación con la tarea que se realiza es otro de los atributos que garantiza el mencionado éxito. Poseer un puesto de dirección y una tarea asignada para darle cumplimiento, no garantiza toda la eficacia y rendimiento individual necesarios para alcanzar metas colectivas. Se demanda de un individuo motivado con el proyecto común, que sienta la confianza que el resto del grupo debe conferirle a su presencia y sus aportaciones.

Para poder predecir el comportamiento de las personas integrantes del equipo de trabajo intersectorial, el coordinador debe conocer cuáles son los motivos y necesidades que hacen que estas produzcan una determinada acción en un momento dado. Existe, por tanto, una relación necesaria entre necesidad y motivo, donde se resalta el papel de las necesidades como fuerza motriz del comportamiento, a través del cual, el motivo constituye el objeto de satisfacción. (Fernández, 2006)

El comportamiento es motivado generalmente por la consecución de una meta y está condicionado por las expectativas y la accesibilidad (Nirenberg, 2005). La expectativa es la probabilidad que percibe el individuo de poder satisfacer una necesidad de acuerdo con su experiencia y la accesibilidad refleja las limitaciones que puede encontrar en el medio para poder satisfacerla.

De lo anterior se deriva que una de las responsabilidades del líder facilitador de las acciones intersectoriales, es proveer la motivación necesaria a los integrantes del grupo de trabajo. Más allá del objetivo de alcanzar metas *per se*, la práctica de la intersectorialidad debe convertirse en espacio de bienestar y de realización personal y profesional de quienes la desempeñan.

La toma de decisiones es una de las actividades fundamentales de la intersectorialidad para lograr salud, bienestar y calidad de vida. La capacidad de ejecutarla adecuadamente en dicho contexto, es más una cuestión de eficacia que de autoridad. La planeación que requieren las acciones intersectoriales le da racionalidad a las decisiones. Estas no pueden ser autocráticas sino colegiadas, sometidas a consenso y ajustadas a cada una de las etapas de la planeación.

La responsabilidad con la toma de decisiones se torna abrumadora, máxime cuando sobre una persona o un grupo de ellas, pesa el



impacto a nivel social de acciones provenientes de instituciones o sectores. La satisfacción de los participantes en la toma de decisiones grupales, tiene mucho que ver con las habilidades del conductor para manejar la distinción entre calidad de la decisión y su aceptación; lo que ayuda al grupo a mantener la diferencia entre lo objetivo y lo subjetivo.

En una lectura productiva de lo expresado hasta aquí, se descubre un eje transversal que deviene condición indispensable en el trabajo intersectorial, la comunicación. Este atributo se presenta como la cualidad integradora del proceso de gestión que se aborda. Podría hablarse de comunicación intersectorial en tanto los actores que ejecutan el trabajo, establecen un intercambio constante y continuo de información en diferentes situaciones: en el proceso de identificación de la problemática, la priorización de actividades, en la toma de decisiones relativas al destino de los recursos, en la propia realización de las acciones, en la sistematización de sus experiencias así como en el establecimiento de estrategias de comunicación social con los destinatarios de su trabajo.

La función reguladora de la comunicación se hace evidente en la concepción intersectorial; esta se refiere a la interacción, al intercambio de acciones entre los participantes y a la influencia que ejerce uno sobre otro en la organización de la actividad. Por su parte la función afectiva referente al conjunto de vivencias, emociones y sentimientos que surgen y se desarrollan en el proceso comunicativo, se expresa fundamentalmente mediante la necesidad que tiene cada persona de sentirse comprendida desde el punto de vista emocional y de compartir todo su mundo afectivo con los otros integrantes del equipo.

Aunque cada función tiene su esencia específica, las 3 están presentes en todo acto comunicativo y estrechamente interrelacionadas. Si prevalece una función sobre otra, se está en presencia de una asimetría funcional. Pero si existe una adecuada interacción entre las 3 funciones sin que se haga uso solamente de una de ellas en detrimento de las demás, entonces la comunicación presenta una dinámica funcional que respalda su valor.

La comunicación intersectorial debe ser abierta entre sus miembros, de forma tal que permita la coordinación de actuaciones individuales que se engranan para el desarrollo del proyecto que los une. Todos los conocimientos son necesarios para el cumplimiento de los

objetivos en tanto las soluciones a los problemas de salud se piensan colectivamente, elemento este de incomparable eficacia comunicativa.

Por último es menester señalar otro aspecto de meridiana importancia en este contexto; es el referido a la retroalimentación en el equipo, de los resultados parciales que se obtengan en cada etapa de trabajo. Los resultados del trabajo grupal le imprimen a sus integrantes, una imagen de sí mismos como grupo y constituye un espacio de satisfacción de las necesidades humanas de reconocimiento, pertenencia, creación y trascendencia; a la par que impulsa la acción en la búsqueda de resultados cualitativamente superiores.

## Consideraciones finales

- La acción intersectorial necesita ser promovida desde la perspectiva psicosocial.
- Se requiere la construcción de una cultura de trabajo intersectorial con valores, actitudes y comportamientos compartidos, que garantice la progresión creciente de la eficiencia y la eficacia en el trabajo y por consiguiente su sostenibilidad.
- La comunicación intersectorial, integradora de la gestión en la búsqueda de soluciones grupales a problemas de salud, puede ser un punto de partida para la creación de dicha cultura.
- La comprensión del componente psicológico como emergente de la articulación entre lo microsociedad y lo macrosociedad en las acciones intersectoriales, deviene condición indispensable para la calidad de la labor.

## Bibliografía

- Calviño, M. (2006a): Análisis dinámico del comportamiento. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Calviño, M. (2006b): Orientación Psicológica. Esquema referencial de alternativa múltiple. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2004 a): Intersectorialidad. Intenciones en el mundo. La realidad cubana. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Castell-Florit, P. (2004 b): Integración e integralidad en el pensamiento, conocimiento y la acción. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Castell-Florit, P. (2007 c): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2008 d): Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y

- local. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2009 e). Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Fernández, L. (2006): Determinantes en el origen y formación de la personalidad. En Roxanne Castellanos, Psicología. Selección de textos. (pp. 23-8). Ponencia. Universidad de La Habana, Cuba
- Gispert, E. (2008): Prevención indirecta de caries dental en la temprana infancia. En: Pastor Castell-Florit, Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local La Habana, Ed. Ciencias Médicas. pp. 55-9.
- Hiebse, H y M. Vorweg (1982): Psicología Social Marxista. La Habana: Editora Política.
- Katz, D. y R. L. Kahn (1989). Psicología Social de las Organizaciones. México DF: Trillas.
- Kaufmann, A.E. (1997): Liderazgo transformador y formación continua. Revista Española de Investigaciones sociológicas. nº 77-78, pp. 163-184.
- Mirabal, M. (2008): Acción intersectorial en la salud: valoración en nueve municipios occidentales en la República de Cuba. Revista cubana de Salud Pública, 34 (4). Extraído el 13 de julio de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Nirenberg, O. (2005): Intersectorialidad y salud sexual y reproductiva. Cuaderno de desarrollo local, No. 42. Buenos Aires: Serie Cuadernos de CEADEL. Extraído el 13 de julio de 2009 desde <http://www.ceadel.org.ar/cuadernos.htm>
- Vargas, G. (1990): Los sentidos de la filosofía de la praxis. En Colectivo de autores, Lecciones de filosofía marxista-Leninista, La Habana, Dirección de Marxismo Leninismo. pp 24-39

# **La investigación en intersectorialidad, retos y perspectivas en el contexto local cubano**

Dr C. Héctor Demetrio Bayarre Veá

## **Introducción**

La intersectorialidad constituye uno de los principios que rigen la salud pública en Cuba (Castell-Florit, 2008). Ello expresa el papel que el Ministerio de Salud Pública le concede a esta estrategia para el mejoramiento continuo de la salud de una población que disfruta de acceso universal y gratuito a los servicios que se brindan en este sentido, en tanto constituye un objetivo declarado en el proyecto social cubano.

La evolución de la intersectorialidad desde el triunfo de la Revolución Cubana hasta la actualidad, ha sido evaluada de positiva y, caracterizada por la existencia de 3 etapas: la primera, -enmarcada en la década de los años sesenta-, considerada implícita, cuyos rasgos distintivos fueron el aumento de la cobertura, la accesibilidad y la participación social, a través de un modelo de atención orientado al daño; la segunda, -correspondiente a las décadas de los años setenta y ochenta-, identificada por su papel en el fortalecimiento del nivel local, en la que se transitó desde una intersectorialidad elemental hacia su presencia en el nuevo modelo de salud orientado al riesgo; y la tercera -delimitada temporalmente entre los años noventa y la actua-

lidad- en la que la intersectorialidad, basada en un conjunto de investigaciones, ha devenido en estrategia tecnológica, de la que se han desarrollado elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales, necesarios para su implementación exitosa en diferentes ámbitos de la sociedad cubana, con énfasis en el nivel local. Sin embargo, las investigaciones de referencia también han aportado que existen limitaciones en la aplicación de esta, pues aún se manifiesta una preponderancia de la intersectorialidad inducida sobre la consciente participativa, que en última instancia debe constituir el principal tipo de acción intersectorial a realizar en los diferentes contextos cubanos. (Castell-Florit, 2008)

De manera análoga, se ha identificado un conjunto de debilidades de la acción intersectorial en la actualidad en Cuba. Entre ellas se encuentran la falta de correspondencia entre los conocimientos y la preparación alcanzados en materia de intersectorialidad con el nivel de las acciones en la práctica; la insuficiente intersectorialidad aplicada en salud, a pesar de existir conciencia generalizada de su importancia; la escasa incorporación de la temática en la formación y desarrollo de los directivos y profesionales; las fallas excesivas que se producen durante su aplicación en el nivel local, donde deben tener mayor representación; la insuficiente presencia en algunos programas nacionales; el insuficiente nivel de generalización en el trabajo orientado a proyectos; y la poca correspondencia entre las excepcionales condiciones del país y la posibilidad de un empleo mayor de la intersectorialidad (Castell-Florit, 2008).

El análisis de las debilidades identificadas en el ejercicio de la acción intersectorial en los diferentes contextos cubanos, permite advertir la necesidad de recurrir a la investigación, para aportar nuevas evidencias científicas, así como tecnologías y metodologías que hagan esta estrategia más efectiva y eficiente en la solución de los principales problemas de salud que afectan a la población cubana, y que contribuya a los avances en los indicadores de salud positiva de esta. Para ello se requiere que se desarrollen líneas de investigación que, -con un carácter holístico e integrador-, incluyan temáticas encaminadas al perfeccionamiento de las tecnologías, al desarrollo de nuevos conceptos, metodologías e instrumentos, y a la propuesta de investigaciones operativas que favorezcan el cambio de comportamiento de los encargados de la toma de decisiones en los diferentes

sectores del país, para que se “empoderen” de la estrategia, y con ello se resuelvan las falencias identificadas.

Este trabajo pretende realizar una propuesta de posibles investigaciones a desarrollar en el contexto local cubano, a tono con la realidad de las localidades, que contribuyan al perfeccionamiento de la aplicación de la estrategia en la práctica social. Para ello se parte de la exposición de un primer epígrafe, en el que se desarrolla una nueva propuesta metodológica, encaminada a generar el llamado “empoderamiento intersectorial por la salud”, en decisores de los diferentes sectores que integran el nivel local de la sociedad cubana, a partir del desarrollo de una nueva tecnología o instrumento para el diagnóstico de la situación en que se encuentra el concepto señalado; en el segundo epígrafe se propone el empleo de otros diseños de investigaciones empíricas, encaminados a brindar evidencias científicas para el mejoramiento de la acción intersectorial en el nivel local.

## **Propuesta metodológica para el perfeccionamiento de la acción intersectorial en el nivel local cubano**

### **Desarrollo de un instrumento para la evaluación del empoderamiento intersectorial por la salud**

La integración, -por expertos del Grupo de Intersectorialidad de la Escuela Nacional de Salud Pública de la República de Cuba (ENSAP)-, de las definiciones de “*Intersectorialidad o acción intersectorial*” y “*Empoderamiento*” permitió la elaboración de la definición de “*Empoderamiento intersectorial por la salud*”, que ha sido entendida como el “*proceso dirigido a la participación intersectorial consciente - coordinada para la prevención y solución parcial o total de problemas de salud, a través de la interacción sectorial, la interpretación del contexto y el control situacional*”.

La definición antedicha constituye la base de un instrumento, aún en construcción, cuya estructura multidimensional, permitirá la evaluación del proceso de referencia. Este podrá ser empleado tanto

para su diagnóstico como para la evaluación de la eficacia y efectividad de intervenciones encaminadas a tal fin.

El desarrollo del instrumento incluirá una primera fase, dirigida a su construcción, seguida de su validación. Finalmente, en dependencia de los resultados de la validación, se realizarán los ajustes necesarios, lo que permitirá su uso en la investigación, la administración y la docencia. Además, se prevé la revisión y ajuste sistemático del instrumento, a partir de posibles cambios en la definición o problemas surgidos en aplicaciones posteriores, con lo que se garantizará su pertinencia contextual en diferentes momentos. (Capote y Bayarre, 2002).

Para la elaboración de la tecnología, se hará uso de la metodología general para la construcción de instrumentos, que se sintetiza en el algoritmo siguiente:

- Definición del constructo “*Empoderamiento Intersectorial por la Salud*”.
- Selección de variables.
- Determinación de escala de medición de las variables.
- Definición de la forma evaluativa del instrumento.
- Elaboración de ítems.

El proceso constructivo de la tecnología propuesta partirá, tal como se expuso con anterioridad, del análisis del contenido de la definición de referencia. Este permitirá, en primer lugar, reconocer la estructura general de 3 dimensiones del futuro instrumento (multidimensional), que dará paso a la configuración posterior de este, hasta llegar a los ítems. Este proceso estará liderado por el equipo de investigación, con el apoyo de expertos en la temática. (Capote y Bayarre, 2002)

La selección de las variables (indicadores) deberá realizarse tomando como base el cumplimiento de las siguientes propiedades: ser representativas de lo indicado, es decir, que se relacionen con lo que pretende medir; que aporten información relevante, que significa que sean las que mejor reflejen la situación; que tengan poder discriminatorio o que sea sensible a los cambios en el comportamiento del evento; que tengan factibilidad, o que sea posible obtener la información requerida para la medición de estas. (Capote y Bayarre, 2002)

Seguidamente, los investigadores y expertos, a través de diferentes técnicas individuales y grupales para la indagación, determinarán el tipo de escala a emplear para la medición de cada ítem. Se prevé el empleo de una escala tipo Lickert. (Capote y Bayarre, 2002). De igual modo se determinará cómo se realizará la evaluación en el instrumento, en principio se aspira a que este cuente con una escala global y con subescalas, una para cada dimensión.

En la elaboración de los ítems por cada dimensión se chequeará el cumplimiento de los requerimientos señalados por la mayoría de los autores, entre los que se incluyen los siguientes: estar redactados de forma clara, ser precisos, es decir, sin ambigüedades, elaborados en positivo, no inducirán respuestas, y el lenguaje a emplear estará acorde con el nivel educacional de las personas a las que se dirige. Se prevé que las preguntas sean cerradas, que se dispondrán a lo largo del instrumento, sin tomar en cuenta la dimensión que cada una pretende medir (Capote y Bayarre, 2002).

El control de sesgos en esta etapa se realizará básicamente a través de la adecuada selección de los expertos, tanto para la elaboración de la estructura básica del instrumento como para la selección y construcción de las escalas de medición, así como el cumplimiento de los requerimientos y propiedades antedichas.

La validación del instrumento incluirá, fundamentalmente, la fiabilidad y la validez. La primera permitirá mensurar el llamado “error instrumental o de precisión”, en tanto que la segunda dará una medida de la “exactitud” de este, es decir, permitirá conocer si el instrumento mide el constructo en cuestión. El proceso de validación se iniciará por el análisis de fiabilidad, considerado por muchos como prerequisite para explorar la validez, cuyo resultado pudiese detener el proceso, en caso de que los resultados de la fiabilidad demuestren un excesivo error instrumental (Capote y Bayarre, 2002).

El análisis de fiabilidad incluirá el *test-retest* y el análisis de homogeneidad entre ítems se efectuará mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach; mientras que la validez incluirá la validación de contenido, a partir de los atributos señalados por Moriyama, modificados por Bayarre y la validación de constructo, a través de la llamada validez factorial por componentes principales (Capote y Bayarre, 2002).

La capacidad discriminativa se evaluará para ver si el *test* es capaz de detectar cambios en la característica estudiada o diferen-



cias de intensidad en la manifestación de esta en las unidades de observación. Se prevé que se realice a través de la aplicación del instrumento, de manera simultánea en 2 poblaciones con diferencias conocidas respecto a la característica en estudio.

Finalmente, se considerarán la utilidad – mediante la evaluación de los resultados, para ver si los conocimientos que se obtengan sobre la situación estudiada permiten determinar conductas y planificar acciones que solucionen los problemas - la eficiencia de la aplicación – mediante la comparación de los resultados obtenidos con los costos de la aplicación - y la factibilidad de su utilización – a través de la evaluación de la posibilidad de obtener la información requerida por el *test* -. Análogamente, se considerarán los errores detectados en aplicaciones posteriores, para su adaptación cuando resulte conveniente (Capote y Bayarre, 2002).

## **Diagnóstico de empoderamiento intersectorial por la salud**

Una vez que se obtenga un instrumento válido y confiable para el diagnóstico del “empoderamiento intersectorial por la salud”, este podrá ser utilizado en la gestión y, sobre todo en la investigación en intersectorialidad. En esta última, tendrá como objetivo básico ofrecer un diagnóstico de cuán empoderados se encuentran, en un momento concreto, directivos de todos los sectores y líderes comunitarios, para afrontar los principales problemas de salud que afectan las comunidades en que se desempeñan. Con ello se aportará información relevante, para intervenciones posteriores que permitan la realización de una gestión eficiente, y contribuyan -mediante el trabajo en equipo y la participación comunitaria- a mejorar la producción social de la salud de la población.

Las investigaciones encaminadas a brindar el diagnóstico de referencia, constituyen trabajos observacionales descriptivos que, en virtud del tiempo, tienen un carácter transversal. De ahí que, dado lo cambiante de la situación intencionada por una intervención, se requerirá su empleo siempre como paso previo a esta (Bayarre, 2004).

En cada municipio se considerarán como universos: los integrantes de los consejos de administraciones provinciales, municipales y los consejos populares, así como los representantes del sector comunitario considerados líderes a nivel local.

Por el papel que debe desempeñar el sector salud, se incluirá la totalidad de los consejos de dirección municipales y de las áreas de salud de los territorios seleccionados.

Seguidamente a los diagnósticos pueden desarrollarse –directamente– estudios de intervención, o como paso intermedio, estudios analíticos, que empleando el resultado de la aplicación del instrumento confeccionado, identifiquen los factores que influyen en la falta de “empoderamiento intersectorial por la salud”, para ello será necesario la identificación previa, por expertos, de posibles factores relacionados con la variable de respuesta aludida.

### **Estrategia para el desarrollo del empoderamiento intersectorial por la salud en directivos y líderes en el nivel local**

Una vez que se tengan los diagnósticos situacionales del empoderamiento intersectorial por la salud en los diferentes contextos, se procederá al diseño de investigaciones de intervención, que aporte las competencias necesarias para el cambio del comportamiento de los directivos involucrados en este tipo de investigación. Para ello se dispondrán de estudios experimentales o cuasiexperimentales, a través de diseños antes – después con grupo control (Bayarre, 2004). Ello permitirá probar la eficacia de la intervención, como paso previo a posibles generalizaciones de estos en condiciones similares. La selección de los territorios se realizará tomando como base la “voluntad política” de estos, para el desarrollo de estos proyectos.

El control de los sesgos se realizará desde el diseño, para ello se incluye entre otros, la observancia de criterios de inclusión y exclusión, la determinación adecuada de variables principales y secundarias, la determinación de tamaños muestrales adecuados, la validación de los instrumentos o el uso de instrumentos validados, la capacitación de los seleccionados para la aplicación de instrumentos, el control de la calidad de la aplicación de los instrumentos. El uso de la aleatorización en la asignación de los individuos a los grupos, la selección de técnicas estadísticas y cualitativas adecuadas.

Se calculará el tamaño de muestra, según expresión para estudios experimentales en paralelo, o prueba de hipótesis adecuada, en

virtud de la variable de respuesta principal. La selección se realizará tomando como base los resultados del diagnóstico situacional y/o el estudio analítico en caso de haberse realizado este, que permitirá conocer la diferencia mínima detectable entre los grupos antes y después. Se escogerá un nivel de significación y una potencia adecuados. El estudio previo también permitirá definir la variable de respuesta principal y las secundarias a observar y medir (Bayarre y Oliva, 2004).

## **Otras propuestas de investigaciones en intersectorialidad a nivel local**

### **Identificación de factores desencadenantes de la intersectorialidad a nivel local**

A partir de los grupos de factores y sus respectivos factores específicos desencadenantes de la intersectorialidad señaladas por Castell-Florit, se podrán realizar investigaciones de carácter descriptivo, con vistas a identificar cuáles de ellos se manifiestan en los directivos de las localidades. Al mismo tiempo se podrá determinar la relación existente entre estos y el nivel de intersectorialidad existente en cada localidad, que servirá de base a hipótesis de causalidad en relación con cada factor en estudio (Castell-Florit, 2007).

En un segundo momento, se podrán realizar investigaciones de carácter analítico que, mediante diseños observacionales de casos y controles, de cohortes o transversales, permitan probar hipótesis de causalidad y, con ello verificar o rechazar el carácter desencadenante de cada uno de los factores señalados en cada contexto y tiempo (Bayarre, 2004). Ello aportaría nuevos elementos para establecer intervenciones específicas, en virtud de los factores presentes en cada uno de estos.

En todas estas investigaciones pueden emplearse los instrumentos desarrollados por Castell-Florit y su equipo, al mismo tiempo estas aportarían evidencias de la fiabilidad y validez del arsenal instrumental disponible en la actualidad (Castell-Florit, 2007).

## **Sostenibilidad de la intersectorialidad en el contexto local**

Una investigación reciente para indagar sobre la sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba, permitió conocer los avances y dificultades de esta en 7 provincias del país, de las que se estudió su municipio cabecera y otros de interés (Castell-Florit, 2009). Ello abre una ventana de oportunidad para el estudio de la sostenibilidad, pues a través de las evidencias del estado de la estrategia en el tiempo, se pueden realizar precisiones sobre esta para garantizar su perfeccionamiento a lo largo del tiempo.

Incorporar estudios de sostenibilidad, luego de los diagnósticos de empoderamiento intersectorial por la salud, seguido de las intervenciones respectivas, deviene en reto para los investigadores de la temática Intersectorialidad en Cuba, pues estos estudios darían una medida del impacto de las intervenciones señaladas, elemento probatorio de la eficacia de estas a largo plazo.

Estos estudios cerrarían ciclos investigativos, en horizontes temporales aproximados entre 3 y 5 años, que servirán de base para nuevos ciclos investigativos que garantizarían el desarrollo dinámico de esta estrategia en Cuba.

## **Consideraciones finales**

- El estado actual de la acción intersectorial en Cuba evidencia la necesidad de continuar desarrollando esta estrategia, con vista a lograr la correspondencia necesaria entre el desarrollo teórico-metodológico-instrumental alcanzado y su implementación práctica. Ello abre una ventana de oportunidad para la realización de nuevas propuestas investigativas a desarrollar en el nivel local del territorio nacional.
- Una propuesta holística e integradora de investigaciones a desarrollar debe abarcar tanto la elaboración de nuevos conceptos, metodologías e instrumentos para el perfeccionamiento de la estrategia, como investigaciones operativas que permitan la aplicación de las nuevas tecnologías, así como el avance en la identificación de los factores desencadenantes de la intersectorialidad descri-

tos y el estudio de la sostenibilidad de esta en los diferentes contextos.

- El perfeccionamiento de la intersectorialidad como estrategia, y su implementación en el ámbito local constituyen retos para los directivos y profesionales cubanos en general, en cuyo empeño la investigación abre nuevas perspectivas, que de ser aprovechadas oportunamente pueden contribuir al logro de estos.

## **Bibliografía**

- Bayarre, H. et al. (2004): *Metodología de la Investigación en Atención Primaria de Salud*. La Habana, Universidad de Ciencias Informáticas.
- Bayarre, H. y M.Oliva (2004): *Estadística Inferencial*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Capote, A. y H. Bayarre (2002): *Construcción y validación de instrumentos para la medición en ciencias de la Salud*. [Tesis]. La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Castell-Florit, P., O. Carnota, M. Mirabal, C. Santana, T. Cabrera, J. Hadad y E. Gispert (2008): *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2007): *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. et al. (2009): *Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba*. La Habana: Ed Ciencias Médicas.

# **Una perspectiva sociológica para la comprensión de la intersectorialidad en la práctica social**

Msc. Karen Ibet Rojas Hernández

## **Introducción**

La sociología se ha venido convirtiendo en una de las ciencias sociales más empleadas en las sociedades modernas, tanto en la actividad de los gobiernos, instituciones, ciudadanos, como en la de los expertos que trabajan con recursos humanos.

Para Martínez (1996) (citado en Almaraz, J., M.Gaviria, y J.Maestre, 1996) esta es una de las ciencias "que más ha contribuido a la concienciación de la propia sociedad sobre sus problemas y a la propagación de datos e ideas que sirven para incrementar el conocimiento sobre el origen, las características, fases, tendencias y hechos de ese complejo sociohistórico que llamamos mundo moderno"

La Sociología de la Salud, en particular, ha ayudado al proceso de reconocimiento de la dimensión social de la salud, permitiendo el paso desde su comprensión individual hacia el análisis e influencia de los procesos sociales y sus interrelaciones.

Los análisis fundamentales que se han venido desarrollando al interior de esta disciplina no solo prestan atención a la interrelación entre los fenómenos y sus causas, también se pueden identificar preocupaciones orientadas al estudio histórico de las concepciones de

salud y su papel regulador de la acción social, e incluso permiten incorporar otras aristas que tienen que ver con los procesos de institucionalización y los análisis de las políticas públicas que de ello se derivan.

El estudio de la intersectorialidad en la práctica de la salud pública cubana se ha venido instituyendo como el análisis de las interrelaciones entre los diversos sectores e instituciones sociales en el tratamiento de los problemas de salud.

En este sentido, son diversos los aportes prácticos, investigativos y en la formación de recursos humanos que puede dar la sociología para el desarrollo de las ciencias de la salud (Rojo, N. y R.García, 2000) y en particular para el fortalecimiento de los vínculos entre sectores.

En el presente trabajo tiene como propósito reflexionar en torno al tema de la intersectorialidad desde una perspectiva sociológica. Para ello se privilegia el análisis de 2 aspectos fundamentales: el devenir de las concepciones de salud que se sitúan en la base de las acciones intersectoriales; y en segundo lugar, el fundamento comunitario de dichas relaciones a nivel local.

La perspectiva sociológica no se refiere únicamente a la sociología, incluye todos aquellos resultados orientados a explicar y comprender las acciones, relaciones e interacciones sociales dentro de los contextos y estructuras en que se producen, sus funciones, valores y regulaciones (Ravenet, M., 2003) De lo que se trata es de incorporar un enfoque sociológico a las acciones y formas de organización social para afrontar el tema de la salud en las sociedades modernas.

## **Aproximaciones al estudio de la intersectorialidad en Cuba**

Cuando se habla de intersectorialidad se está haciendo referencia a todo el conjunto de acciones que tengan que ver con el tratamiento de los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población, así como los procesos de organización y planificación para dar respuesta a estos (Castell-Florit, P., 2007).

La investigación en este campo supone la teorización acerca de la eficiencia en la aplicación de técnicas y procedimientos con la fi-

nalidad de obtener un resultado práctico, y revelar así un enfoque tecnológico en la búsqueda del conocimiento científico. Algunos resultados de investigaciones en la salud pública cubana sobre el tema denotan, según Castell-Florit, P. (2007, 2009) que el fenómeno de la intersectorialidad se ha caracterizado por:

- La asunción de un enfoque sistémicoepidemiológico.
- La identificación de factores condicionantes, desencadenantes e influyentes o determinantes.
- La constatación de una base legal y programática en la política social cubana.
- Tiene su expresión a nivel local en los proyectos de desarrollo de las localidades.
- Requiere de la participación social activa, tanto de las organizaciones e instituciones sociales como de la población en general

Son múltiples las experiencias que se llevan a cabo por parte del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) que demuestran la aplicabilidad de la acción intersectorial a nivel local y comunitario, fundamentalmente, en los proyectos de desarrollo local.

En Cuba la existencia de una estructura politicoadministrativa sustentada en el desarrollo de los territorios y encaminada a la implementación de estrategias municipales para el desarrollo favorecen la fluidez en la gestión cotidiana del gobierno y las instituciones a escala local (Guzón, A., 2006). No obstante, en algunos escenarios municipales es reconocido el funcionamiento desarticulado y la escasa conexión entre los diferentes sectores a la hora de gestionar la solución de determinados problemas sociales.

Un análisis de la percepción intersectorial ante los problemas de salud que tienen algunos directivos y funcionarios de este y otros sectores sociales, de acuerdo con el estudio realizado por Castell-Florit, P. (2009) en algunos municipios cubanos coinciden con las ideas de Guzón, A. (2006) declaradas en el planteamiento anterior. Estas refieren que:

- Prevalece el criterio de la participación intersectorial de forma inducida. Según declaraciones de algunos funcionarios tanto del



sector de la salud como de otros sectores, 58,0 % y 50,0 % respectivamente (Castell-Florit, P., 2009).

- Hay escasa percepción de los problemas de salud vinculados con el empleo de la intersectorialidad. La mayoría de los directivos de la salud y otros sectores 71,0 % y 69,3 % respectivamente, así como los funcionarios, no tienen percepción de los problemas de salud que hayan sido solucionados con el empleo de la intersectorialidad (Castell-Florit, P., 2009).
- Existe conocimiento de que el enfoque intersectorial incluye a organizaciones sociales, de masas y al trabajo comunitario pero hay que revitalizar el trabajo conjunto de los sectores de la sociedad y la economía.

A partir de estos resultados se destacan 2 cuestiones fundamentales: una de ellas relacionada con la heterogeneidad de concepciones acerca de la salud que prevalece en los diversos sectores (aquellos que se supone deben llevar a cabo acciones conjuntas) lo que, no cabe dudas, subyace a la escasa percepción de la necesaria articulación entre sectores en el abordaje de los problemas de salud. Otro de los factores que se recalca en el análisis tiene que ver con la prevalencia de modos de participación inducidos en detrimento de la participación consciente.

Cuando la participación no se da de manera consciente, los sujetos implicados en el proceso no se sienten parte de él y los niveles de implicación con este disminuyen. En este caso, se estaría en presencia de un vínculo intersectorial en el cual las relaciones comunitarias no pueden desarrollarse con la misma intensidad que si existiera voluntad y conciencia de participar. Ello podría comprometer en cierta medida la sostenibilidad de los logros intersectoriales alcanzados en el manejo de los problemas de salud.

La lógica del presente análisis nos lleva a situar ambos elementos (las concepciones de salud y las relaciones comunitarias) bajo el prisma social para su mejor comprensión.

## **Las concepciones de salud y la intersectorialidad**

Sin duda en la base de cada una de las acciones sociales para el tratamiento de los problemas de salud se pueden identificar concep-

ciones que la respaldan. En este sentido se revitaliza el concepto de salud en términos tanto culturales como de experiencia y se pone de manifiesto en las prácticas individuales e institucionales que se llevan a cabo.

Una de las mayores limitaciones que se identifica en las prácticas institucionales en relación con la salud tiene que ver con la traducción de los aportes teóricos en experiencias concretas. Al respecto Rojas Ochoa en entrevista de Rodríguez Oliva (Rodríguez Oliva, L. I., 2006) plantea que "la dimensión social de la salud la identificamos en el discurso; pero no la aplicamos a formas prácticas de hacerla con la fuerza que debería tener. Todas las ciencias sociales pueden aportar mucho a la solución de los problemas de salud"

Lo cierto es que a pesar de la diversidad de concepciones resulta difícil diseñar acciones que consideren de manera integral al ser humano y su salud. Para comprender mejor este hecho se necesita entender también de forma crítica el devenir histórico de dichas ideas y su aplicación en las condiciones actuales.

La evolución de las concepciones de salud a lo largo de la historia ha supuesto considerar que influyen en ella desde componentes primordialmente fisiológicos o psíquicos hasta cuestiones sociales más generales aplicadas a las políticas jurídicas o económicas relacionadas con ella. Así se habla de concepciones: somatofisiológicas, psíquicas, sanitarias, politicolegales, económicas, sociales e ideales (Moragas, R., 1976).

En sentido general se pueden identificar posiciones respecto a la salud que:

1. Refuerzan la relación dicotómica entre salud- enfermedad.
2. Ubican la salud en un estado de "idealidad".
3. Priorizan el análisis de la salud como condicionante del desarrollo social.

En dependencia de la posición asumida en la comprensión del tema cobrarán sentido las acciones para lograr el bienestar humano. Pero ¿cómo garantizar que las acciones en pos de la salud se planifiquen, organicen y controlen de forma coordinada y coherente si no existe unidad de criterio en su definición desde cada uno de los sectores sociales que pueden influir sobre ella?

El debate supone una revisión crítica de dichas concepciones partiendo de aquellas cuya lógica nos lleva a un planteamiento dicotómico que ubica en polos contrarios a la salud y la enfermedad. El origen de este planteamiento proviene de la tradicional asociación de la salud con un estado de "ausencia de enfermedad", ya sea física o mental. La consiguiente aplicación práctica de dicha postura ha ido más encaminada al estudio y tratamiento de la enfermedad o de lo patológico, que de los factores que permiten potenciar las conductas saludables.

Aunque para las ciencias de la salud esta postura se encuentra teóricamente superada al reconocer la individualización de la enfermedad, los múltiples determinantes de la salud y el surgimiento de la epidemiología con su mirada hacia la promoción y prevención; la práctica médica no ha sido capaz de superar su enfoque hacia los padecimientos y el carácter asistencialista en la prestación de servicios en la misma medida en que ha evolucionado el pensamiento científico.

Con certeza este enfoque se pone de manifiesto en la salud pública cubana, a pesar de los crecientes logros alcanzados, cuando "lo que se comunica a la población cubana en materia de salud hoy es más yatrogénico que beneficioso, porque se habla de programas de salud y todo el tiempo nos la pasamos hablando de enfermedades" según declaraciones de Rojas, F. (2006). Si ocurre esto al interior del sector de la salud ¿qué se podría esperar de otros sectores no especializados en el tema?

Indiscutiblemente en la base de este pensamiento se afilia el supuesto de que evitando la enfermedad ya se estará en presencia de estados de salud, el cual ha prevalecido en el imaginario social a lo largo de la historia (Rivero, R., 2002).

La salud entendida como estado ideal es otra de las concepciones presentes desde la antigüedad y con expresiones claras en la literatura científica. Desde esta concepción se construyen modelos de salud que permiten orientar las acciones hacia un estado deseado.

La concepción ideal de salud más conocida es la que nos aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incluyó en su definición de salud el completo estado de bienestar biopsicosocial y no meramente la ausencia de enfermedad o disminución.

Todo concepto, como elaboración abstracta, debe rondar en términos de la expresión ideal del objeto estudiado. Sin embargo, las

mayores críticas que se le hacen tienen que ver con una supuesta idealidad imposible de contrastar en la realidad empírica. Dicho "completo estado de bienestar" resulta inalcanzable y descontextualizado de la realidad social que vive el mundo contemporáneo.

Por solo citar un ejemplo según declaraciones de (Roses, M., 2006) en América Latina y el Caribe, con 500 millones de habitantes, 27 %-145 millones- carecen de acceso permanente a los servicios de salud; 46 %-230 millones- carecen de seguro de salud, ya sea público o privado; 17 % de los partos son atendidos por personas sin calificación; 152 millones carecen de acceso a agua segura y saneamiento básico; 107 millones se encuentran sin servicios de salud por razones geográficas, y 140 millones por razones económicas.

A ello habría que sumar los crecientes índices de alcoholismo y drogodependencia, o cuestiones tan vitales como la pobreza, el desempleo, las iniquidades y la discriminación social, las epidemias y el deterioro medioambiental, que ubican a los seres humanos en situaciones de constantes conflictos y contradicciones sociales. No sin descuidar la evolución del contexto internacional en un mundo globalizado, unipolar, sujeto a procesos cíclicos de crisis económicas que refuerzan las diferencias de clases y el consecuente debilitamiento de los estados de bienestar, dejando en crisis a las estrategias de seguridad social, en caso de que existan.

Nos encontramos con que aún sigue siendo una utopía la meta de "salud para todos en el 2000" proclamada en Alma Atá y evidencias sobran para reconocer que esta visión de la salud está ignorando un componente vital de esta, su dinamismo; y solo puede ser positiva en la medida en que no constituya fuente de enajenación y posibilite señalar nuevos objetivos para la práctica.

Las crisis que vive el mundo contemporáneo, permeada de desigualdades (socioeconómicas, de género, étnicas, y otras), altos niveles de pobreza, y despreocupación por parte de los estados neoliberales de la situación global de los ciudadanos; han sido algunos de los factores que refuerzan la necesidad de comprender la salud, como un fenómeno que se da también en niveles macrosociales y que está mediatizando los procesos de desarrollo social y humano en sentido general. Aparecen en consecuencia concepciones acerca de la salud desde el marco politicolegal, económico, y social entre otras.

La visión de la salud como un indicador del desarrollo humano y social enfatiza el carácter historicosocial de ella y la necesidad de analizarla en un contexto específico. Parsons señala que el rol social no se representa aisladamente del resto de los seres con los que entra en relación, sino que viene condicionada por sus actitudes, influencias, comportamientos, existe un rol de persona sana y un rol de persona enferma, con los correspondientes derechos y deberes sociales asignados a ellas (citado en Moragas, R., 1976).

En esencia desde esta perspectiva se defiende el hecho de que cada sociedad evalúa lo que es estar sano o enfermo a la luz de la situación socioeconómica, educativa, política, peculiar de cada país o región. Lo que hoy es salud, puede no serlo dentro de unos años, teniendo en consideración el dinamismo de dichas concepciones.

Ante la heterogeneidad de posiciones en el manejo de la salud se impone la necesidad de conciliar entre los distintos sectores sociales cuáles van a ser aquellos supuestos claves para la sociedad cubana de hoy que permitan la aprehensión de un enfoque integrado y coherente con las necesidades de cada localidad. Una propuesta preliminar nos puede llevar a identificar que un enfoque integral de la salud debe partir de:

1. La concepción de ambos procesos, la salud y la enfermedad, funcionando como una unidad dialéctica en la que ambos pueden coexistir, aunque en distintos niveles de expresión no necesariamente contrapuestos; en un mismo sujeto.
2. Asumir enfoques transdisciplinarios que se orienten hacia la integración y no a la desintegración del ser humano.
3. Analizar y definir sus indicadores acorde con las particularidades y necesidades de cada sociedad y/o localidad.
4. Incentivar desde las políticas la necesidad de reconocer que no puede existir "salud para todos", si la salud no se convierte en un "problema de todos".
5. Orientar las estrategias de intervención tanto hacia los factores patológicos, como hacia la identificación y fortalecimiento de potencialidades y capacidades individuales y sociales para el enfrentamiento y prevención de estos.

6. Concebir en el manejo de la salud la participación genuina de todos los sectores y sujetos sociales como protagonistas de su propio desarrollo.

## **La intersectorialidad y las relaciones comunitarias en el nivel local**

Las proyecciones estratégicas en la práctica de la intersectorialidad a nivel local declaran, entre otras, que el análisis de la situación de salud en dicho nivel incluirá como elemento a valorar el funcionamiento del trabajo comunitario e intersectorialidad, como componentes que lo caracterizan (Castell-Florit, P., 2007).

Este accionar se sustenta, entre otros, en la definición de vínculos coordinados entre los sectores para alcanzar mayores niveles de salud y bienestar humano y por consiguiente la existencia de un vínculo interinstitucional.

Los tipos de vínculos intersectoriales que pueden surgir en la sociedad socialista deben establecerse fundamentalmente sobre la base de la cooperación. Al respecto Lenin señala que "el desarrollo de la cooperación se identifica con el desarrollo del socialismo" (Lenin, V., 1961) y destaca la necesidad de participación de las masas en tales procesos.

Las ideas del vínculo, cooperación y participación ciudadana de la intersectorialidad constituyen puntos de contacto con las concepciones de comunidad referidas en la literatura, lo cual no es simple coincidencia científica.

La intersectorialidad en la mayoría de las investigaciones consultadas ha concebido los estudios de comunidad con el propósito de captar el contexto en el que ocurren los procesos que son objeto de análisis. Es válido destacar que una cosa es concebir la comunidad como contexto de los procesos e interacciones individuales y otra es la potencialidad comunitaria para la transformación de estructuras y relaciones sociales. En la primera, la comunidad existe independiente de las relaciones sociales en un contexto geográfico localizado, la segunda se construye a partir de relaciones de cooperación y participación activa de los sujetos en la construcción de proyectos de transformación social.

Si analizamos el devenir del concepto de comunidad podremos arribar a conclusiones interesantes respecto a la naturaleza de lo intersectorial y lo comunitario.

Desde la sociología y la filosofía, de mediados del S XIX hay evidencias de que la concepción de comunidad aparece ligada a la idea de estructura de las nuevas agrupaciones humanas generadas como consecuencia de los procesos de acelerada urbanización después del surgimiento del sistema capitalista.

Son muchos los autores que a lo largo de la historia de la ciencia sociológica han hecho alusión a la comunidad en sus investigaciones. Se destacan en este sentido los estudios de Durkheim, E. acerca de la división social del trabajo y la diferenciación entre sociedad y comunidad; los aportes de Tonnies, F. respecto a la comunidad como asociación diferenciando los distintos tipos de sociedad o la teoría de la acción social de Weber, M.

Lo cierto es que estas concepciones de la sociología clásica responden a una postura organizativa y tradicionalista en la comprensión de la comunidad, que a diferencia de la concepción marxista (dialéctica) tienen poca movilidad en las relaciones sociales. Hasta este momento del análisis se evidencian algunas categorías importantes a la hora de abordar el término de comunidad: grupo social (clase social), sociedad, agrupación y asociación.

La contemporaneidad impone nuevos aportes a la idea de lo comunitario y el desarrollo social. Autores como Ezequiel Ander Egg, a finales del S XX han desarrollado una concepción de lo comunitario muy ligado a las tendencias de desarrollo humano y social, a la satisfacción de necesidades y mejora de la calidad de vida.

Esta concepción de Ander Egg, E. (1982) vincula el concepto de comunidad al término desarrollo y le confiere un matiz completamente nuevo a su definición. El desarrollo, entendido como mejoramiento de las condiciones de los sectores o regiones marginales, la búsqueda de una sociedad más participativa y el perfeccionamiento del hombre al máximo (como agente activo), son elementos que toman vital importancia a la hora de trazarse un proyecto de transformación comunitaria.

Una concepción que permite articular los procesos intersectoriales con la necesidad del establecimiento de espacios y relaciones comunitarias es aquella que entiende la comunidad como "un grupo social

que comparte espacio donde la participación y cooperación de sus miembros posibilitan la elección consciente de proyectos de transformación dirigidos a la solución gradual y progresiva de las contradicciones potenciadoras de su autodesarrollo" (Alonso, J., A. Pérez, R. Rivero, E. Romero, y C. Riera, 2004).

El valor fundamental de esta definición es el concebir la comunidad a partir de las relaciones sociales, por tanto lo comunitario va a ser visto como un tipo de vínculo y las dimensiones espaciotemporales van a flexibilizarse de acuerdo con las características del grupo social al que se refieran.

Resulta atrayente la propuesta analítica de (Chasis y Wandersman, 1990) en la que examinan cómo los núcleos de significación del concepto están relacionados con los tipos de actuación social o comunitaria y en las ciencias sociales, y en consecuencia la comunidad puede designarse como: un lugar, una serie de relaciones o como un poder colectivo (Citado en Sánchez, A., 1996).

Como resultado de dicha observación podemos identificar concepciones acerca del desarrollo comunitario en término de espacio o localidad, asociadas a la posibilidad de la construcción de la comunidad (de acuerdo con los vínculos y relaciones potenciales) y/o aquellas que priorizan la organización comunitaria (centrada en el incremento de poder compartido).

Las relaciones entre sectores a nivel local pueden establecerse, de acuerdo con las definiciones anteriores, en 3 dimensiones fundamentales:

1. Como acciones coordinadas para la solución de un problema de salud en un contexto local o comunitario.
2. Como posibles vínculos entre sectores mediados por los niveles de participación y cooperación disponibles a compartir.
3. Como una forma de organización en la que la horizontalidad o verticalidad de las relaciones va a dar la posibilidad de compartir relaciones de poder.

El carácter de los vínculos estaría muy relacionado con la concepción de partida para las relaciones intersectoriales y la posibilidad o no de que estas relaciones adquieran un matiz comunitario.



Según Sánchez, A. (1996) la comunidad y las relaciones que se dan en ella tienen una concreción institucional, es decir; la comunidad es una expresión visible y concreta para el individuo de las instituciones sociales abstractas y genéricas. Esta existe como mediadora entre el individuo y la sociedad, en un proceso de satisfacción de necesidades mutuas donde se dan tanto la participación social como la socialización.

Por lo que sería una fortaleza si los vínculos entre sectores llegaran a constituirse a partir de vínculos comunitarios donde los modos de participación social desplieguen el protagonismo hacia las instituciones y los ciudadanos en este proceso.

No se puede hablar de desarrollo de relaciones comunitarias, al margen de los mecanismos de poder establecidos desde el sistema político de una sociedad; en los que la actividad política no debe estar circunscrita a las altas esferas del poder o al gobierno, sino que se despliega y pone en práctica en la sociedad civil. De este modo, concebir la participación ciudadana en las relaciones intersectoriales supone dotar de poder a los sujetos que participan de dichas relaciones comunitarias.

El análisis anterior nos permite situar el abordaje intersectorial del tema de la salud como una cuestión de peso para el desarrollo de las sociedades modernas; justo cuando los debates en torno al desarrollo social y humano en las condiciones actuales son considerados temas de obligado tratamiento por la mayoría de las naciones. El indicador de la salud se ubica en una posición privilegiada, ya sea por el valor que tiene para la vida de cada ser humano, como por las interdependencias que existen entre la situación de salud de los pueblos y su crecimiento económico y social.

La definición de lo comunitario como objetivo clave en las relaciones e intercambios entre los diversos sectores sociales pudiera ser una de las áreas de estudio y análisis futuros en la búsqueda de congruencia entre los vínculos intersectoriales y las necesidades locales en el mejoramiento de la salud humana.

## **Consideraciones finales**

- En las condiciones que vive el mundo contemporáneo, es un hecho indiscutible, que las acciones para mejorar la salud de las poblacio-

nes humanas no pueden realizarse de otro modo que no sea a través de vínculos coordinados entre los diversos sectores que conforman la sociedad.

- Ante la necesidad de acciones coordinadas aparece también la de asumir enfoques integradores en torno a la salud que favorezcan las prácticas sociales orientadas tanto a la solución de problemas de salud como al desarrollo de capacidades preventivas y acciones de promoción.
- Las relaciones de intersectorialidad necesitan establecerse cada vez más con un carácter comunitario, encontrando su expresión concreta a nivel local; y donde la participación y cooperación en la construcción de proyectos sociales para mejorar la salud contribuyan a fortalecer los lazos y compromisos intersectoriales; de otro modo, puede resultar difícil obtener grados de sostenibilidad, tanto en las acciones como de las propias relaciones establecidas.
- En todo el arsenal de acciones y procesos de organización y desarrollo relacionados con la intersectorialidad, la sociología puede insertarse aportando una comprensión integrada de los procesos que tienen lugar en la búsqueda de vías más eficaces para la construcción de una sociedad saludable.

## Bibliografía

- Almaraz Pestana, J., M. Gaviria Labarta, y J. Maestre Alfons (Comps.) (1996): Sociología para el Trabajo Social. Madrid: Universitas, S.A
- Alonso, J., R. Rivero, A. Pérez, , C. M. Riera, y E. Romero (2004): Autodesarrollo Comunitario: crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana. Villa Clara: Feijóo
- Álvarez Escoba, M., y R. Noguera Gómez (2004): El proceso descentralizador en lo local. En El trabajo Comunitario, alternativa cubana para el Desarrollo Social. Camagüey: Ácana. pp. 121-33.
- Ander Egg, E. (1982): Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. México: Ateneo.
- Arias, H. (1995): La comunidad y su estudio. Personalidad, educación y salud. La Habana: Pueblo y Educación.
- Castell-Florit Serrate, P. (2007 a): La Intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit Serrate, P. (2009 b). Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba. La Habana: Ciencias Médicas
- Cucco, M. (1995): Bases metodológicas para un abordaje integral en salud comunitaria. Madrid: Centro Marie Langer.
- Fleitas, R. (2006): Sociología y Políticas de Salud. Selección de lecturas. La Habana: Ed. Félix Varela.

- García Ávila, I. (2007): La salud social y los retos de la intersectorialidad en los proyectos de medicina comunitaria. Santa Clara: UCLV.
- Guzón Camporredondo, A. (2006): Estrategias municipales para el desarrollo. En Desarrollo local en Cuba. La Habana: Ed. Academia.
- Marchioni, M. (1987): Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis. Madrid: Popular.
- Moragas, R. (1976): Concepciones de Salud. En Papers. Revista de Sociología. Barcelona: Ediciones Península.
- Ravenet Ramírez, M. (2003): Experiencias y retos del análisis sociológico en salud. Revista Cubana de Salud Pública, octubre-diciembre; 29 (4), 323-7.
- Rivero, R. (2002): Familia, Género y Salud. Representaciones de profesionales argentinos y cubanos. Un estudio comparado. Santa Clara: Feijóo
- Rojas, F. (2006): En: Rodríguez Oliva, L. I. (2006). Modelos de salud en Cuba. Habla un protagonista. Julio-septiembre; Temas, 47, 35-43.
- Rojo, N., y R. García, (2000): Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Revista cubana de Salud Pública, 24 (2), 91-100.
- Roses, M. (2006): La salud en las Américas: logros y desafíos. Temas. Julio-septiembre; No. 47, 22-5.
- Ruiz Hernández, J. R. (2008): Cuba. Revolución social y salud pública (1959-1984). La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Sánchez Vidal, A. (1996): Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: EUB
- Lenin, V. I. (1961). Obras escogidas (Vol. 3). Moscú: Progreso
- Urrutía Barroso, L. (Comp.) (2003): Sociología y Trabajo Social Aplicado. Selección de Lecturas. La Habana: Ed. Félix Varela.
- Weber, M. (1944): Los tipos de Dominación. En Economía y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica. Cap: 3.

# **Buscando mi espacio. Un reto de integración social, desde la intersectorialidad, en la atención primaria de salud**

MsC Marylin Figueroa Cruz y Dra Piedad Medina Álvarez

## **Introducción**

La integración social de las personas con discapacidad, según diversos autores consultados, entre ellos: Bell (2002, 2008), Machín (2002, 2006), Caballero (2002) y otros, solo se logra en la segunda mitad del siglo XX; esto constituye la expresión del desarrollo socioeconómico, historicosocial y religioso de las etapas por las que ha atravesado la humanidad en su evolución histórica y por las que se ha transformado desde posiciones inhumanas, pesimistas y discriminatorias hasta la reafirmación de tendencias más humanistas y optimistas que dieron lugar a sociedades más avanzadas. Esto se acentúa en los jóvenes con retraso mental severo asociado a otras discapacidades, y que debido a su complejidad esta problemática aún persiste en diversos países del mundo, sin que tenga la atención adecuada.

En la actualidad, la integración social de este segmento poblacional constituye un reto importante en cualquier nación, está ligada al principio de normalización; no reside en un programa determinado de tratamiento, sino en proporcionar a las personas devaluadas socialmente la dignidad completa que corresponde en la puesta en marcha

de distintas actividades, más allá de las tareas concretas de la rehabilitación física, sensorial o cognitiva de un individuo hasta su incorporación a la sociedad como sujeto socialmente activo.

Responde en toda su extensión a una voluntad política de estado, en cualquier país según diversos autores Bell (2008), Caballero (2002), Machín (2006), Icart (1997) entre otros, así como la elaboración y aprobación de la 1ra. Convención de los Derechos Humanos en las personas con Discapacidad, elaborado en La ONU. Comité Especial - Octavo período de sesiones, hecho este, que constituye el 1er. tratado del siglo XXI a favor de las personas con discapacidad, donde Cuba ratificó su total acuerdo y con un grupo de expertos ha elaborado las Reseñas de las Normas Jurídicas Cubanas Relacionadas con la Discapacidad (2007) que demuestra el camino para integrar socialmente a las personas con discapacidad desde las acciones judiciales y a partir del código de la Niñez y la Juventud.

Fuentes, M. (2006), también en ese año, expone una nueva mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se demuestra que la integración social está ligada al derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad, con igualdad de condiciones y espacios sociales y a recibir el apoyo que necesitan en el ámbito de las estructuras comunes, para lograr esto se pone en práctica la intersectorialidad en salud, y de esa forma alcanzar mayores y mejores oportunidades para el desarrollo humano, Castell Florit (2008, 2009) demuestra que esta se alcanza y se hace sostenible en su ejecución, como resultado del esfuerzo mancomunado de diversos factores y sectores de la sociedad, según las necesidades que se van gestando en la práctica diaria, donde se le dedica un peso importante a la prevención, tratamiento y seguimiento de todas las enfermedades crónicas e infecciosas que puedan aparecer en estas etapas de la vida; esto coloca a las personas con discapacidad en el centro de atención, de ahí su carácter participativo e interactivo. Nuestro país que trabaja en la construcción de una sociedad más justa, no se encuentra fuera de estas direcciones de trabajo, al contrario, la creación de este proyecto es una muestra de ello.

## **Intersectorialidad y discapacidad en la atención primaria de salud**

A continuación se expondrán los elementos más importantes que distinguen al proyecto de calidad de vida y atención a las personas con discapacidad "Buscando mi espacio".

Parte de la realización de una dispensarización en la comunidad perteneciente al Policlínico 28 de Enero, ubicado en 7ma. y calle 94, municipio Playa, donde se identificó un grupo de jóvenes con retraso mental severo y discapacidades asociadas (limitaciones fisicomotoras, baja visión, sordera) algunos con desmotivación, tristeza, deambulación, sin motivo aparente, falta de atención, espacio social reducido, rechazo de la comunidad de manera encubierta, familias muy demandantes por revertir esta situación, estos jóvenes con características comunes a la discapacidad intelectual severa y a la vez una diversidad importante a partir de su nivel de funcionalidad, atención familiar y social recibida a lo largo de su vida, pero con un agravante mayor y es la vulnerabilidad a presentar trastornos psiquiátricos a largo o corto plazo, tales como: neurosis, esquizofrenia, psicosis, alzheimer, ente otros, de no continuar potenciándolos en esta etapa de la vida.

Sin embargo, estas personas poseían determinadas características que permitían realizar una mayor rehabilitación física y mental e integración social y convertirse en sujetos útiles y activos dentro de nuestra sociedad.

Se analizó cuáles eran los recursos de que se disponía, la situación de salud del territorio y de todos los que se integrarían al proyecto, desde la morbilidad y la mortalidad (incidencia y prevalencia de enfermedades y riesgos), se establecieron las prioridades, se negoció con los decisores políticos y de gobierno de esta comunidad, así como fueron seleccionados los escenarios comunitarios y se tuvieron en cuenta desde sus inicios hasta la actualidad aspectos importantes para trabajar con la comunidad, entre los que se destacan:

- La participación social humana, vista como un medio para lograr mayor cobertura, calidad y sostenibilidad en el proyecto, hace sujetos activos en su desarrollo y facilita la construcción del proyecto en su verdadero sentido

- Empleo de la comunicación lo más funcional y oportuna posible, interactiva, lenguaje claro, directo, basado en el diálogo y utilizando técnicas de animación, presentación e integración grupal, de manera tal, que se logren involucrar y los mensajes propuestos los hagan suyos, teniendo la capacidad de ponerse en el lugar de los otros integrantes del grupo, donde se brinde amor, entrega, paciencia, solidaridad, con sinceridad y humildad y los mensajes penetren en ellos comprendiendo mejor su forma de pensar, actuar y cómo transformarlo si es necesario.
- Respeto a los vecinos, sus ideas, costumbres, tradiciones, creencias y tenerlo presente en el accionar de la estrategia.
- Exposición y consulta de las decisiones más importantes por parte de la dirección del proyecto que garanticen en sus soluciones una participación activa y democrática de todos los integrantes de este.
- Sistematización semestral del accionar del proyecto a través de una valoración y reconocimiento crítico de todos los aspectos positivos existentes y las limitaciones que se presentan y las posibles soluciones a corto plazo.
- Incorporación del proyecto a todos los espacios (peñas, fiestas, actividades en instituciones educativas, políticas, del medio ambiente y recreativas, etc.) de la vida de esa comunidad y del resto de la provincia, ejemplo Feria del libro, Bienal de Arte, encuentros deportivos.
- Capacitación a los especialistas del proyecto, familiares y demás factores de la comunidad implicados en la experiencia sobre discapacidad, integración y el trabajo comunitario.
- Respeto del espacio a las mismas oportunidades dentro de sus integrantes y afuera hacia la comunidad.

De esta manera surge el 10 de abril del año 2000, el proyecto y para esto se elaboró una estrategia que permitiera desarrollar potencialidades con un enfoque multidisciplinario, con el objetivo general de integrar socialmente a estos jóvenes con retraso mental y/o discapacidades asociadas y sus familias desde la atención primaria de salud, articulando las acciones de salud y los recursos de la comunidad, así como elevar la calidad de vida de estos jóvenes con discapacidad y sus familias, de ahí que se desprendan como objetivos específicos:

- Promover estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan su integración social y brindar todo tipo de tratamientos de salud, según lo requieran.
- Desarrollar la imaginación creativa, expresividad, procesos del pensamiento, mecanismos de autorregulación, que permitan expresar en sus trabajos el cómo ven la vida, conflictos y necesidades biológicas y afectivas.
- Corregir posturas viciosas que faciliten la normalización de estos en la sociedad, en la práctica de ejercicios físicos con fines rehabilitadores y competitivos, así como elevar la autoestima en estos jóvenes con discapacidad y sus familias.
- Incentivar el gusto estético hacia la música, el baile y su participación en actividades culturales y recreativas dentro y fuera de la comunidad.
- Integrar a estos jóvenes con discapacidad en los roles familiares convirtiéndolos en un sujeto activo y útil en su medio familiar, y que desarrollen su valía.
- Sensibilizar a todos los factores de la comunidad con respecto a la integración de las personas con discapacidades físicas, sensoriales e intelectuales en la sociedad.

## **¿Cómo se implementó esta estrategia comunitaria participativa?**

Se elaboró la propuesta que desde sus inicios parte de las necesidades educativas especiales que tenían sus fundadores y familiares, así como la contextualización de este proceso a las condiciones reales de la comunidad y el cómo satisfacerlas, tiene soportes que la rigen a través de fundamentos, principios, métodos, procedimientos y orientaciones metodológicas, en total correspondencia con los postulados de la educación especial en Cuba y responden a los conocimientos aportados por la escuela sociohistórico cultural encabezada por Vigotsky y sus seguidores (1995), Guerra (2006), asumido por su valor científico y humanitario como el paradigma de la ciencia cubana. Para esto se tiene en cuenta un currículo abierto y participativo que compense de forma no autoritaria ni centralista, las condiciones administrativas, sociales, políticas, organizativas y psicopedagógicas,



gestionando de forma colegiada y efectiva la realidad y cultura de nuestros jóvenes desde su propio contexto social.

Aspectos distintivos de la propuesta:

- Integral: abarca al joven con retraso mental severo y/o discapacidades asociadas y sus familias desde el enfoque psicopedagógico, clínico y social
- Orgánica: establece los niveles de coherencia internos y externos en todas las instancias para su materialización, ya que promueve la presencia consciente y responsable de estas personas.
- Permanente: es un proceso activo relacionado con todos los aspectos de la vida diaria de estos y es dinámico en su aplicación, puesto que marcha en consonancia con los avances científicos y tecnológicos de la época.
- Flexible: por cuanto se adapta a las necesidades y potencialidades de cada uno, de tal modo que responde a la problemática detectada y priorizada en el momento de la determinación de las necesidades.
- Intersectorial y participativo: involucra en su accionar todos los sectores y entidades de su propio entorno social, a continuación se expone cómo cada sector ha interactuado con el proyecto.

1era etapa. Las organizaciones de masa (Comité de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas) y las asociaciones de discapacidad (Asociación Cubana de Limitados Físicos y Motores; Asociación Nacional de Sordos de Cuba; Asociación Nacional de Ciegos) y escuelas especiales del territorio aportaron datos que permitieron una mayor comprensión de la problemática familiar y social de los jóvenes con discapacidad del territorio, así como experiencias en el trabajo comunitario desde sus organizaciones que fueron muy valiosas para definir el grado de prioridad en la confección y ejecución de este trabajo. Cabe destacar que estas organizaciones se han mantenido activas.

2da. y 3ra. etapas.

- a- Dirección Municipal de Cultura (local) , en la Casa de Cultura de Romerillo por 2 años en fase de derrumbe.

- b- Centro Deportivo Eduardo Saborí, (un especialista de Cultura Física) para la terapia deportiva.
- c- Taller de transformación integral del barrio del Poder Popular (especialista).
- d- Cine Miramar y el Círculo Social "Otto Parellada" incorpora la terapia de psicoballet, música y artes plásticas, allí funcionó el proyecto alternando con el parque.
- e- Joven Club de Romerillo se incorpora la terapia de computación a partir de una iniciativa de la Unión Jóvenes Comunistas Municipal, se comienza a accionar en él con resultados sorprendentes, en tal sentido se ha tenido un asesoramiento del Palacio Central de la Computación.
- f- La Empresa de la Harina por su lado desde sus inicios hasta la actualidad ha garantizado un abastecimiento de panes para las meriendas y mensualmente cakes para celebrar los cumpleaños colectivos de los jóvenes del proyecto.
- g- La Dirección Nacional de las Escuelas de Arte, la Escuela de Circo, Fondo de Bienes Culturales, Centro Turístico "La Cecilia", han apoyado al proyecto en actividades recreativas, y culturales en fechas señaladas: Día Internacional de la Discapacidad, de las Madres, Fiesta de la Primavera, de fin de Año",
- h- La Dirección Provincial de Campismo y las Bases de: El Abra y Los Cocos han permitido una vez al año una rotación de 4 días del disfrute de todo el proyecto en una instalación, experiencia que se viene realizando durante 5 años seguidos con gran entusiasmo y ha permitido fortalecer al grupo y a la vez educar a la población sobre su valía social
- i- La Dirección Nacional de la Asociación Cultural Cubana Artesanos (departamento de pieles) ha apadrinado al proyecto durante 6 años apoyando materialmente las necesidades más apremiantes que ha necesitado el proyecto.
- j- El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social ha jugado a lo largo de estos casi 10 años un papel determinante, pues la mayoría de nuestros jóvenes son pensionados por asistencia social y un grupo de madres que trabajaban y ante la discapacidad y sus consecuencias no pudieron continuar y esta entidad les tiene asignado su salario en la casa para que pue-

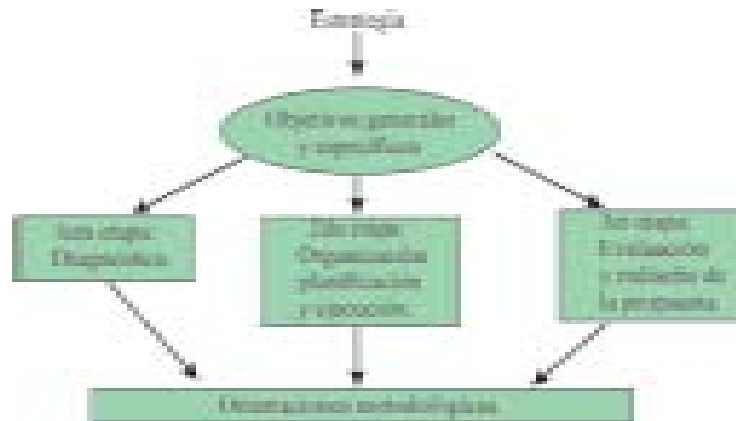
dan atenderlos resolviendo en gran parte la situación económica de estas familias.

Hasta el 2007 los sectores interactuaban con el proyecto de una manera aislada y era una limitante pues el trabajo salía, pero con inestabilidad.

Con la asignación en el 2008 del local para la sede por parte del policlínico (consultorio cerrado) en malas condiciones, el cual se reparó con un mínimo de materiales financiado por la Dirección Municipal de Salud, el Poder Popular, todos los familiares, especialistas, amigos sensibilizados con el trabajo del grupo pertenecientes al Palacio de las Convenciones, el Consejo Popular, La imprenta Palco GRAF (quien confeccionó el logotipo y el cartel que identifica al proyecto en la entrada a la sede y 9 meses después, el 28 de Enero del 2009 se inaugura con el apoyo de todas la entidades antes mencionadas la Casa de atención y orientación a las personas con discapacidad del proyecto "Buscando mi espacio", el proyecto ascendió a un espacio social mayor donde aparece en el Poder Popular como una asociación más y la participación de todos los sectores ahora es controlado y monitoreado mensualmente en cuanto a cumplimiento de cada una de las acciones que se proyectan conciliadas con la dirección del proyecto, la vicedirección económica del poder popular que atiende discapacidad y todos los sectores en función de las necesidades más apremiantes que tiene el proyecto, ejemplo la incorporación de 3 especialistas de la Dirección Municipal de Cultura: imparten las terapias de: Música, Psicoballet, Artes Plástica con una amplia participación en la vida cultural del municipio y de la provincia (Fig. 1).

Breve explicación de cada una de las etapas:

*1era etapa:* parte de un diagnóstico inicial para evaluar el nivel de retraso mental que poseen los jóvenes con discapacidad (CI) basado en los criterios del Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV/TR) American Psychiatric Association (2000) y la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (Wais, 1955) e instrumento para medir funcionalidad familiar, basado en el modelo de intervención familiar que presentó la doctora Patricia Arés Muzio en el año 2002, así como las habilidades adaptativas y de autonomía que poseen estos jóvenes adultos con discapacidad, Clasificación Inter-



**Fig. 1.** Estructura de la propuesta.

nacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (OMC, OPS) en el año 2001, Collado (2007), Daily, Ardinger, Colmes (2000), Fernández (2005), así como la aplicación de los sistemas de apoyo con que se cuentan.

*2da etapa:* instrumentación del plan de acción que incluye las acciones médicas basadas en la prevención y atención de las enfermedades crónicas; en esta etapa se utiliza con gran fuerza la Educación y Promoción para la Salud, en su accionar se destacan: las acciones psicopedagógicas, a través de las terapias deportivas, musicoterapia, psicoballet, artes plásticas, computación, Fernández (2005), Comunicación, Cine y Economía Doméstica: Collado (2007), Salinas, Santiago, Sumano (2007), Luckasson (2002). Además del tratamiento que se le realiza a los familiares de forma individual y colectiva en talleres de familia, cines debates y otras actividades que se encuentran incluidas en el psicofamilia como opción terapéutica familiar que apareció en el grupo en el año 2006, Torres (2003) y las acciones sociales por medio de la integración del proyecto con todas las actividades de la comunidad y el intercambio con otros proyectos culturales y medioambientales de la ciudad (celebración de cumpleaños colectivos, excursiones, etc).

*3era etapa:* evaluación (monitoreo), con una óptica individual y colectiva, teniendo en cuenta la evaluación inicial y la actual, más los indicadores que rigen y demuestran la efectividad de la estrategia.

La modalidades con que se trabaja es el tratamiento individual y colectivo hacia estos jóvenes con discapacidad y las familias de ellos con 3 frecuencias semanales que pueden aumentar si alguna actividad lo requiere. Los escenarios comunitarios donde se desarrolla el proyecto: sede del proyecto (3era A y 98), Cine teatro Miramar, de Playa, Círculo social "Otto Parellada", Joven Club de Romerillo, parque de 7ma y 94, hogares de los integrantes del proyecto y sus familias, Casa de la Cultura de 7ma y 60, centros turísticos.

## **Resultados obtenidos**

- La estrategia ha permitido habilidades adaptativas de tipo: comunicativa, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, disfrute del tiempo libre. Habilidades físicas: entrenamientos deportivos con medallas de oro y plata en eventos competitivos y tablas musicales de ejercicios aeróbicos, estéticas, musicales a través del coro, dúos, tríos, cuartetos, grupo musical. Habilidades estéticas: en la danza a través de espectáculos artísticos de música folklórica cubana, latinoamericana, clásica, conocimientos de instrumentos musicales que está permitiendo el montaje de un grupo musical. etc, en artes plástica colecciones de cuadros pintados con acrílico sobre el lienzo imprimido y trabajos de parches y elaboración de prendas de vestir expuesto en galerías importantes de la ciudad, el desarrollo del pensamiento, coordinación visomotora, concentración, memoria, hábitos educativos y la familia ha logrado mejorar su funcionalidad y ha obtenido un crecimiento personal ante la sociedad que respeta estos resultados, así como la comunidad por su lado también se ha transformado y ha revertido ese sentimiento de tristeza y minusvalía, en alegría, respeto, confianza, colaboración y orgullo de estos muchachos y familiares.
- Esto se puede corroborar en la incorporación en estos últimos meses de 10 integrantes más al grupo, para un total de 24 jóvenes - adultos con discapacidad, queda pendiente un grupo que se espera incorporar más adelante, así como se transformó de un proyecto de la localidad de Playa a un proyecto de alcance provincial de referencia nacional, en el cual están incorporados, además de los

fundadores, jóvenes con discapacidad pertenecientes a los municipios: Cerro, La Lisa, Marianao, Nuevo Vedado, Centro Habana y Bejucal de Provincia La Habana.

## **Consideraciones finales**

- Sí es posible la integración social de estos y de hecho se eleva la calidad de vida transformando el modo y estilos de vida de estos hacia estadios más sanos en cada una de estas familias con una influencia positiva en su seno y hacia la comunidad, puesto que promueve desde su versatilidad el sentido de pertenencia en total concordancia con la 1ra. Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, involucrando en este trabajo a todos los sectores de la sociedad y la economía, con un mínimo de recursos en comparación con centros de tipo institucional. De ahí el papel decisivo que juega la intersectorialidad de tipo consciente y participativa, lo cual permite que la normalización de estos jóvenes en la sociedad cada día sea más real y plena en igualdad de derechos y oportunidades como cualquier ciudadano de este país, donde el ser diferente no constituya una enfermedad, sino un estado del ser humano y por ende el abordaje de su intervención se realice a partir de ver a este segmento poblacional como sujetos biopsicosociales con un enfoque humanista a la luz de la escuela Socio Histórico Cultural a la cual se suscribe la escuela cubana de Enseñanza Especial y General. Constituyendo esto un elemento distintivo de este trabajo, en relación con otros proyectos comunitarios a escala nacional e internacional.
- La creación y ejecución de un proyecto de este tipo hace realidad el abordaje de los problemas de salud de las personas con discapacidad desde la atención primaria, como uno de los determinantes de salud más priorizados, donde se requiere del uso de nuevas tecnologías y estrategias sanitarias, ya que actualmente la prioridad de esta actividad tiene que estar encaminada más a la disminución de indicadores negativos y por otro lado la elevación de la calidad de vida, lo que demanda al empoderamiento, considerado este como proceso dirigido a la participación intersectorial cons-

ciente - coordinada para la prevención y solución parcial o total de problemas de salud de sus integrantes, a través de la interacción sectorial, la interpretación y adecuación al contexto histórico en que se aplica este trabajo, lo hace más sostenible desde el aspecto económico, el político y el social.

## **Bibliografía**

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Arés Muzio, P. (2002): Psicología de Familia. Una Aproximación a su Estudio. La Habana: Ed. Félix Varela.
- Bell Rodríguez, R. y López Machín, R. (2002): Convocados por la Diversidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bell Rodríguez, R. (2008): Educación vs. Exclusión. Dos aportes de la educación cubana a la superación de la Exclusión. La Habana: Pueblo y Educación.
- Caballero Delgado, E. (2002): Diagnóstico y Diversidad. Selección de Lecturas. La Habana: Pueblo y Educación.
- Castell-Florit Serrate, P. (2009): Sostenibilidad de la Intersectorialidad en Cuba. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit Serrate, P. (2008): Intersectorialidad en Cuba. Su expresión a nivel global y local. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Colectivo de Autores de OMS/OPS (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. España: IMSERSO.
- Colectivo de Autores (2007): Reseña de las Normas Jurídicas Cubanas Relacionadas con las Discapacidad. Luxemburgo: Handicap Internacional.
- Colectivo de Autores (1991): Programa de Atención Integral a Personas con Retraso Mental Severo y Profundo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Extraído 18 de julio de 2009 desde [www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_8num\\_1/rhcm21108.pdf](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_8num_1/rhcm21108.pdf)
- Collado Palacio, A. R. (2007): Programa de Habilidades Sociales para Jóvenes y Adultos Discapacitados Intelectuales en los Centros Médicos Psicopedagógicos. Tesis de Máster no publicada. La Habana.
- Daily, D.K., H.H. Ardinger, y G.E. Holmes (2000): Identification and evaluation of mental retardation. *American Family Physician*, 61, 1059-67, 1070.
- Fernández Silva, I. (2005): Una Concepción Metodológica para el Óptimo Aprovechamiento de la Informática en la Educación de los Escolares con Retraso Mental. Tesis de Máster no publicada. La Habana
- Salinas de Ruiz, M. L, K. Santiago Musalém, y J.M. Sumano Méndez (2007): Proyecto de Atención Integral a Personas con Discapacidad en el estado de Oaxaca. México: DIF.
- Fuentes Lesvia, M. (2006): Una nueva mirada a la Educación Especial en Cuba a partir del concepto de discapacidad según la CIF. Extraído 19 de julio de 2009 desde [www.pdfactory.com](http://www.pdfactory.com).
- Guerra Iglesias, S. (2006): La Educación de Alumnos con Diagnóstico de Retraso Mental. La Habana: Pueblo y Educación.
- Icart Pereira, E. y A. Hernández Jordán (1997): Programa de Atención Comunitaria. La Habana: MINSAP.

- López Machín, R. (2006): Diversidad e Igualdad de Oportunidades en la Escuela. Selección de temas para los Docentes. La Habana: Pueblo y Educación.
- Luckasson, R. y D. Coulter (2004) : Asociación Americana de Retraso Mental (Trads., M.A. Verdugo y C. Jenaro). Madrid: Alianza.
- Organización de Naciones Unidas (2006): La ONU y las personas con discapacidad. Trabajo presentado por el Comité Especial en el Octavo período de sesiones 14 al 25 de agosto. Extraído 19 de julio de 2009 desde <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/>
- Torres González, M. (2003): Familia, Unidad y Diversidad. La Habana. Pueblo y Educación.
- Vigotski, I S. (1995): Fundamentos de Defectología. En Obras Completas. La Habana, Ed. Pueblo y Educación, tomo v., p. 40.
- Wechsler, D. (1955): Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). New York: Psychological Corporation.



# **Acciones intersectoriales para un envejecimiento activo. Matanzas. 2009**

Dra. Odalys Sánchez Barrera, Lic. Dianelys Dueñas González y  
Dr. Jesús García Soto

## **Introducción**

La definición cronológica de la edad se ajusta al calendario aunque en algunas sociedades se convierte en un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada; sin embargo, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición al interior de la sociedad. Esto remite a una conjugación de la edad con otras diferencias sociales, tales como el género, la clase social o la etnicidad que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades (CELADE, 2006).

En la Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, se acordó acotar en esta categoría al segmento de la población que comprende 60 años y más, pero sobre esto aún se discute mucho. Se conoce que no todas las personas envejecen de la misma manera, así la edad cronológica puede ser un criterio útil pero no forzosamente exacto, pues al parecer existe un tiempo de envejecimiento que es propio de cada persona. Suelen distinguirse los procesos de senescencia y de envejecimiento como 2 etapas del camino hacia la desaparición de los seres vivos. El primero es un mecanismo controlado genéticamente que lleva cuenta de la edad, y que, pasado un tiempo fijo para cada especie, conduce a un declive corporal. El envejecimiento, en cambio, consiste en otros procesos degenerativos que perturban el funcionamiento de órganos vitales y terminan provocando la muerte (Martínez y Fernández, 2008).

El fenómeno del envejecimiento de la población se produce de forma paulatina y en él intervienen, la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país.

La definición de envejecimiento desde el punto de vista demográfico está relacionada con el aumento en la proporción de personas de edad avanzada en relación con el resto de la población, sin embargo, se ha considerado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años.

En el caso cubano es importante precisar que al encontrarse la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, menos de una hija por mujer desde hace treinta años, la población de 0-14 años ha ido disminuyendo con respecto al total, y al mismo tiempo, al disminuir también los niveles de mortalidad ha ido aumentando la proporción de personas de 60 años y más, que en los últimos años, desde el punto de vista cuantitativo ha tenido una significación importante en el proceso de envejecimiento. En otras palabras, se trata de una evolución en la cual la reducción del tamaño de las cohortes de nacidos, implica un estrechamiento de la base de la pirámide inicialmente, lo que unido a

la disminución de la mortalidad provoca un ensanchamiento, primero en el centro de esta y más tarde en la cúspide.

Conceptualmente, este proceso se asocia con la denominada transición demográfica, y presenta varias etapas; Cuba se encuentra en la última de estas etapas, con niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad, aunque para algunos especialistas e investigadores ya se encuentra en una etapa postransicional.

A pesar de la relativa homogeneidad territorial que presentan las variables del crecimiento poblacional, especialmente la fecundidad y la mortalidad, existen diferenciales que determinan un desigual crecimiento y estructura por sexo y edades, lo que se traduce en diferentes grados de envejecimiento a ese nivel, el que recorre un amplio rango de valores que va desde 9,6 % de personas de 60 años y más con respecto al total hasta el 25,4 % en los municipios de Moa en la provincia de Holguín y Plaza de la Revolución en Ciudad de La Habana respectivamente (Oficina Nacional de Estadística de la República de Cuba, 2009).

Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006) de la CEPAL, el grado de envejecimiento de un país puede calcularse teniendo en cuenta el porcentaje de población mayor de 60 años que tenga ese país con respecto a su población general, ese indicador se clasifica en 3 grupos:

- Grupo de Envejecimiento I (GEI): menos del 10,0 % de la población de 60 años y más respecto al total.
- Grupo de Envejecimiento II (GEII): entre el 10,0 y el 15,0 % de la población de 60 años y más respecto al total.
- Grupo de Envejecimiento III (GEIII): mayor del 15,0 % de la población de 60 años y más respecto al total.

Utilizando la tipología propuesta, comentada ya en párrafos anteriores, el país ha transitado desde el 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta el 17,0 % en el 2008, lo que indica su ubicación en el Grupo III de Envejecimiento (>15 %). Así, en el término de 23 años el envejecimiento se ha incrementado en 5,7 puntos porcentuales.

Desde el punto de vista territorial existe una evidente diferenciación: el occidente, excepto Pinar del Río, y el centro hasta Sancti Spíritus muestran valores por encima de la media nacional, y por tan-

to clasifican en el Grupo III de Envejecimiento, donde las provincias de Villa Clara y Ciudad de La Habana presentan los valores extremos. Pinar del Río y el oriente a partir de Ciego de Avila, sin incluir Camagüey se ubican en el Grupo II, donde Guantánamo presenta los valores más bajos. Por su parte la Isla de la Juventud como municipio especial atendido directamente por el nivel central de gobierno, resulta el territorio con estas características, menos envejecido del país.

La población de adultos mayores está en la actualidad conformada por aproximadamente 1,86 millones de personas, cifra mayor a la población adolescentes entre 10 y 19 años; sin embargo, como tendencia la primera seguirá incrementándose ininterrumpidamente, mientras que la población joven y dentro de ella la adolescente tiende al decrecimiento. De acuerdo con estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, Barbados y Cuba serán los países más envejecidos de América Latina y el Caribe en la perspectiva inmediata (Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba, 2009).

Otros indicadores para analizar el proceso de envejecimiento en el país son la edad media y mediana que se calculan en 37,8 y 37,6 años respectivamente.

Por otra parte la provincia Matanzas a fines de 2008 era la cuarta provincia del país con mayor índice de envejecimiento, con el 17,4 %, este indicador es superior en el sexo femenino con el 18,2 % y en población urbana: 17,7 %. Los municipios con mayor índice son: Unión de Reyes: 22,1 %, Pedro Betancourt: 19,0 % y Colón: 18,2 % (Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba, 2009).

El envejecimiento de la población plantea muchas cuestiones fundamentales a los responsables políticos. ¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen?

¿Cómo podemos reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas? Ya que la población vive más años, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida en la edad avanzada? ¿Hará quebrar tal cantidad de personas de edad avanzada nuestros sistemas sanitarios y sociales?

¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen entre la familia y el

estado? ¿Cómo reconocer y apoyar el importante papel que desempeñan estas personas a medida que envejecen cuidando de otros?

## **Envejecimiento poblacional**

Se afirma que, a escala mundial, el siglo xx ha sido el del crecimiento de la población y el siglo xxi será el del envejecimiento de esta, lo cual acarrea consecuencias importantes de orden político, económico, social; y para la salud pública y la medicina.

Las perspectivas para la tercera edad en los próximos años será la siguiente: a nivel global, las personas de más de 60 años se incrementarán de 613,6 millones en el año 2000 a 1207,6 millones en el 2025 (Guerrero et al. 2004).

Conscientes de que el envejecimiento de la población cubana es un proceso irreversible, pues los viejos del 2025 ya caminan por el archipiélago, las autoridades sanitarias se preparan para la larga carrera de acoger en sus servicios cada vez un número superior de ancianos, con cuidados para su vida (prolongarla, aumentar su esperanza y su calidad de vida).

Ubicado como el 4º país más envejecido de América Latina precedida por Uruguay, Argentina y Barbados, Cuba es, sin embargo, el que lleva un ritmo más acelerado, pues en el 2015 subirá a ser el 1º y en el 2025 ya se habrá duplicado la proporción actual de ancianos y 1a de cada 4 personas será mayor de 60 años (Guerrero et al. 2004).

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo xxi, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de "envejecimiento activo" que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. Ha llegado el momento de hacer planes y actuar (OMS, 2002).

## ¿Qué es el envejecimiento activo?

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

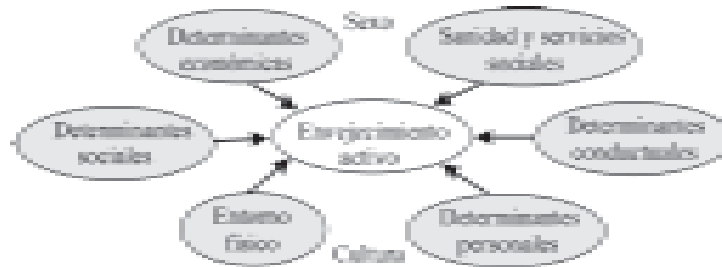
El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002).

El término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial, tanto para los individuos como para los responsables políticos.

El término "envejecimiento activo" fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable" y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (OMS, 2002).

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos (Fig. 1).

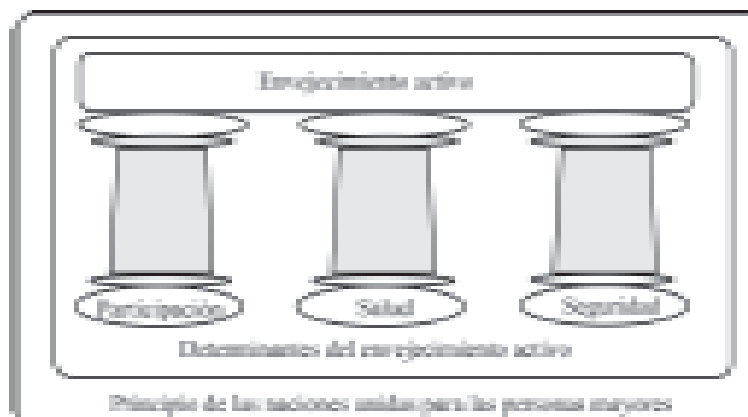


**Fig. 1.** Determinantes para un envejecimiento activo.

## La acción intersectorial para el logro de un envejecimiento activo

Para lograr el objetivo de un envejecimiento activo se necesitarán medidas en diversos sectores, además del sanitario y el social, como la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Aunque está claro que el sector de la salud no tiene responsabilidad directa en las políticas de todos los demás sectores, estas pertenecen en el más amplio sentido al ámbito de la salud pública porque apoyan los objetivos de mejorar la salud a través de la acción intersectorial. Este tipo de enfoque destaca la importancia de los numerosos y diferentes socios de la salud pública y refuerza el papel del sector de la salud como catalizador para la acción.

Además, todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad. Es necesario prestar especial atención a los ancianos pobres y marginados y a los que viven en zonas rurales. El enfoque del envejecimiento activo busca eliminar la discriminación por razón de la edad y reconocer la diversidad de las poblaciones ancianas. Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el envejecimiento activo (Fig. 2).



**Fig. 2.** Pilares para el logro de un envejecimiento activo.

Para lograr el objetivo de un envejecimiento activo se necesitan medidas en diversos sectores.

El sector de la salud no tiene responsabilidad directa en las políticas de todos los demás sectores, estas pertenecen en el más amplio sentido al ámbito de la salud pública porque apoyan los objetivos de mejorar la salud a través de la acción intersectorial (OMS,2002).

## ¿Qué es la intersectorialidad?

Es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada (Castell-Florit, P. 2007).

## ¿Por qué es necesaria?

Los problemas del sufrimiento humano no se pueden tratar con un enfoque patrimonial del sector salud. El mejoramiento de la salud, bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad demandan una acción integradora. Las tareas de la salud pública no están limitadas a ser desarrolladas por el sector salud.



## **¿Cuáles son los factores que inciden en su aplicación?**

Determinantes: problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya solución no es exclusiva del sector salud.

Condicionantes: son los factores determinantes que condicionan el escenario adecuado para que se produzca la intersectorialidad.

Desencadenantes: orientación social del propósito en común que garantice acción coherente y coordinada (Castell-Florit, P. 2007).

Algunos factores, en la esfera del envejecimiento poblacional, que determinan la aplicación de la intersectorialidad son:

- Insuficientes conocimientos sobre el envejecimiento y manejo del adulto mayor.
- Incremento del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones.
- Inadecuado balance energético.
- Poca práctica de ejercicios físicos.
- Necesidad de una imagen positiva sobre el envejecimiento.
- Barreras arquitectónicas.
- Necesidad de ampliar servicios para los adultos mayores.
- Abuso contra las personas de edad.

Los factores condicionantes, según Castell-Florit, P, 2007, para la aplicación de la intersectorialidad son:

- La voluntad política.
- El papel del Estado y el Gobierno.
- Sociedad organizada.
- Reformas adecuadas del sector sanitario.
- Inversión tecnológica.
- Recursos humanos organizados.
- Formación de recursos humanos para la atención al adulto mayor.

A pesar de que resulta impostergable la aplicación de acciones intersectoriales para afrontar las consecuencias del rápido envejecimiento de la población cubana, en investigación realizada por Pastor Castell y colaboradores, Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba

(Castell-Florit, P., Gispert, E., Carnota, O., et al. 2009), menos del 20 % de los encuestados (directivos del sector salud y otros sectores) consideró la temática del envejecimiento y atención al adulto mayor como un problema prioritario a resolver. A continuación señalamos algunas de las múltiples acciones intersectoriales, que en algunos casos ya se vienen realizando en nuestro país y en otros resulta necesario implementar todavía.

## Consideraciones finales

Existen múltiples acciones intersectoriales posibles en adultos mayores, que si se logra su sostenibilidad alarga su vida con calidad, estas son:

- Trabajo social (Programa de la Revolución): visita a los hogares, tratando de dar soluciones a la fragilidad.
- Comités de Defensa de la Revolución (CDR): barrios debates instruyendo a la población como incorporar socialmente al adulto mayor, establecimiento de redes de apoyo social.
- Medios de difusión masiva: abordando temas de interés para este grupo poblacional. Espacios televisivos que dignifiquen la imagen del adulto mayor, programas radiales que respondan a los intereses de este grupo. Existencia de espacios de orientación e intercambio con los adultos mayores y la familia. Ej. Vivir 120 años.
- Cultura: actividades mensuales en las instituciones del municipio que trabajan con adultos mayores (casas de abuelos); trabajo en las instituciones culturales, con los adultos mayores.
- Central de Trabajadores de Cuba (CTC): Atención diferenciada a los trabajadores jubilados en los centros de trabajo donde laboraban.
- Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP): apoyo con insumos a las instituciones de atención al adulto mayor, necesarios para una adecuada nutrición.
- Instituto Nacional de Deporte y Recreación (INDER): programación de ejercicios físicos, encuentros deportivos, actividades culturales y deportivas, etc.
- Ministerio de Educación Superior (MES): Universidad del Adulto Mayor, brindar herramientas para envejecer con calidad y estar

mejor preparados. Participación de los ancianos en las cátedras martianas.

- Joven club: sistema alfagen creado para llevar el desarrollo tecnológico al adulto mayor , se les prepara para el envejecimiento (alfabetización gerontológica) se integran socialmente a los adultos se les pone a tono con la actualidad y se posibilita la relación con otras generaciones.
- Ministerio de Ciencias, tecnología y Medio Ambiente (CITMA): brindar la posibilidad de aportar sus conocimientos, experiencias en aras de mejorar los problemas de la comunidad y a su vez lograr incorporar el pensamiento científico en este grupo etéreo, acciones de reforestación y control del medio ambiente en las nuevas construcciones, entre otras.
- Planificación (poder popular): planificación de los recursos de manera tal que garanticen aquellos necesarios para el adulto mayor (transporte, materiales, etc.)
- Finanza y Precios: apoya el presupuesto para que las acciones sean efectivas.
- Vivienda y urbanismo: a través de proyectos gubernamentales y de comunidades saludables se mejoran las condiciones de vida. Ej. Proyecto de la Marina en la ciudad de Matanzas. Eliminación de las barreras arquitectónicas.
- Asociación de combatientes de la Revolución cubana: realización de actividades de intercambio intergeneracional, excursiones a lugares históricos.
- Asistencia social: ayudas económicas, ayudas en especies, comedores comunitarios, servicios en el hogar, asistentes sociales a domicilio, atención a las discapacidades, leyes de protección al adulto mayor.
- Salud: programa del médico y enfermera de la familia, formación y capacitación de los recursos humanos, vacunación, ayudas técnicas, programa de atención al adulto mayor: comunitario, institucional, hospitalario, Club de los 120 años, servicios integrales de rehabilitación, actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, pesquisa activa para la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no trasmisibles, Escuela del Adulto Mayor.

- A pesar de las múltiples acciones de intersectorialidad que se exponen no hay suficiente integración en la práctica, se realizan de forma aislada, de forma inducida y no se logra una participación consciente participativa que responda a una estrategia.

## **Bibliografía**

- Castell-Florit, P. (2007): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P., Gispert, E., Carnota, O. et al (2009): Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- CELADE (2006): Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: CELADE.
- Guerrero, J. C., G. Rodríguez, E. Ramírez, et al. (2004): Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor, enero-noviembre, 2003. Correo Científico Médico de Holguín. 8(3):1-10.
- Martínez, A. , I. Fernández, (2008): Ancianos y salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 24(4): 1-10.
- Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba (2009): El envejecimiento de la población cubana. La Habana. ONE.
- OMS, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (2002): Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105.

# La intersectorialidad en el control del dengue y su vector

MsC. Vivian Noriega Bravo

## Introducción

Las enfermedades transmitidas por vectores representan hoy en día un importante problema de salud pública, con el resurgir de enfermedades infecciosas, alguna de las que habían sido controladas en la década del 50. El dengue es uno de los mejores ejemplos. Este resurgió a partir de la década de los años 80 en las grandes ciudades, especialmente en las Américas, y ocasionó epidemias de gran magnitud. En 1950 solo 9 países reportaban casos, hoy, son más de 100 los países afectados, es así que se considera la arbovirosis humana de mayor distribución en el mundo; en el que dos quintos de la población está en riesgo de adquirir la infección.

En la región de las Américas el problema se presenta en crecientes proporciones a partir de la circulación de los 4 serotipos del virus y la amplia distribución de su principal vector trasmisor, el mosquito *Aedes aegypti* (Kourí, 2002 y 2009).

A diferencia de muchos países de la región, el dengue no es endémico en Cuba, sin embargo, existen factores que constituyen riesgo para su ocurrencia, son estos:

- Situación epidemiológica compleja en la región de las Américas, en la que se notifican 1,5 millones de casos, estimación que se

incrementa teniendo en cuenta que por cada uno de ellos existen 10 casos no reportados. Están seriamente comprometidos países con los que se tiene amplias relaciones de intercambio comercial, cultural, social y de otros tipos.

- Alto número de cooperantes en el exterior y estudiantes extranjeros en Cuba, con el consiguiente riesgo que representa la entrada sistemática de viajeros procedentes de zonas altamente infestadas y de portadores del virus de la enfermedad.
- Efectos del cambio climático. En el 2008 se tuvieron consecuencias devastadoras por intensas lluvias y huracanes (3 ciclones en 70 días), con serias repercusiones medioambientales, que favorecieron las condiciones para el incremento de la proliferación e infestación por este mosquito.
- Debilidades de la infraestructura sanitaria, en esencia, por discontinuidad en el abasto de agua, lo que obliga en muchos lugares al uso de depósitos para su almacenamiento, deterioro y carencia de tapas que garanticen un cierre hermético, salideros por deterioro de las redes hidrosanitarias y otros.
- Aun es baja la percepción de riesgo en las personas y en consecuencia, no se sistematiza la realización del autofocal<sup>1</sup> en viviendas y centros de trabajo.

En ausencia de una vacuna para prevenir el dengue, la única alternativa posible es el control del vector, tarea que no resulta fácil teniendo en cuenta sus hábitos y preferencias como especie; el *Ae. aegypti* es un mosquito doméstico, intradomiciliario y peridomiciliario, siempre asociado al hombre. Para lograr que este control sea sostenible tienen que cumplirse principios, 2 de ellos imprescindibles: la activa participación de la comunidad y una efectiva coordinación intersectorial.

---

<sup>1</sup> Autofocal: Conjunto de acciones encaminadas a detectar y eliminar los posibles criaderos del mosquito, realizadas con una periodicidad semanal por las familias en sus viviendas y brigadas de trabajadores en sus centros de trabajo, haciendo énfasis en la eliminación de los depósitos no útiles en el interior de estos y sus alrededores.

Resaltar la importancia que tiene la intersectorialidad para llevar a cabo efectivas y sostenidas acciones en la prevención del dengue y el combate contra su vector trasmisor, mostrar algunas experiencias de su aplicación durante el control de epidemias, así como reconocer el esfuerzo de algunos organismos y organizaciones en este empeño, constituyen propósitos del presente trabajo.

## **El control de las epidemias de dengue: un esfuerzo intersectorial**

La participación social en salud, se concibe como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud; y toma en cuenta además de la participación de la comunidad organizada, la de toda la sociedad en su conjunto (Sanabria, 2004).

La intersectorialidad por su parte, es conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud, su bienestar y calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada (Castell-Florit, 2009).

Tanto la participación de la comunidad y el desarrollo de acciones de salud en coordinación con otros sectores en la lucha contra las enfermedades transmisibles, cuyas determinantes económicas y sociales ya habían sido identificadas desde el histórico alegato “La historia me absolverá”, tienen su expresión en fecha muy cercana al triunfo revolucionario de 1959 y un ejemplo de ello lo es el combate que se libra contra el vector trasmisor del dengue.

El dengue no constituye un problema de salud en Cuba, sin embargo, el país se ha visto afectado por varias epidemias las que han sido controladas, porque además de contar con un sistema de salud universal y recursos humanos altamente calificados, existe la voluntad política de gobierno que ha tenido como filosofía en todos los momentos del proceso revolucionario, la participación activa de la comunidad organizada en el desarrollo de las acciones de salud. Menciono 3 ejemplos muy ilustrativos:

- En 1981 se produjo la mayor epidemia de dengue hemorrágico en las Américas, ha sido el evento de mayor trascendencia en la historia del dengue en Cuba y costó la vida a 101 niños y 57 adultos.

Fue una gran prueba no solo para los trabajadores de la salud sino para todos en su conjunto y la primera experiencia en el control de un evento de tal magnitud. Se invirtió la alta cifra de 103 millones de dólares, gran parte en la adquisición de insecticidas y equipos de fumigación bajo las condiciones de país bloqueado. Con la intervención personal del Jefe de Estado y Gobierno, el compañero Fidel, se organizó la lucha contra el vector y se movilizaron miles de personas para la actividad de fumigación y otras.

Meses después, refiriéndose al combate librado, Fidel expresó: “nosotros lo planteamos el 26 de julio, que había que luchar para erradicarlos, que si un país podía proponerse ese objetivo era Cuba, y si no se lograba su erradicación, controlarlos y disminuirlos a límites en que sean inofensivos, [...] digo esto porque como ya la angustia, el sufrimiento de la epidemia, fue quedando atrás, puede que bajemos la guardia y nos olvidemos de la lucha, o de la cooperación en la lucha contra el mosquito” (Castro, 1981).

Luego de la experiencia vivida en esta epidemia, fue estructurado y puesto en marcha un programa nacional, con el objetivo de erradicar el mosquito *Aedes aegypti* y evitar así la introducción y propagación de las enfermedades transmitidas por este. En el referido programa se incluye dentro de las actividades fundamentales, la participación de los organismos y organizaciones, pero vista como la respuesta a una convocatoria del sector salud.

- Durante el período 2001-2002 ocurrió un brote de dengue en la capital del país y se detectaron pequeñas transmisiones que fueron interrumpidas en un breve período (Guzmán et al, 2006). La enfermedad apareció en el municipio Playa, pero se extendió progresivamente al resto de los municipios de la ciudad, así como a otras 4 provincias del país. Pese al intenso trabajo realizado se mantenía la transmisión en más de 40 áreas de salud del país, por lo que se convocó a la población a realizar una gran operación denominada “Ofensiva contra el enemigo”, dirigida por la máxima dirección del país, el compañero Fidel.



Inicialmente fueron movilizadas 10 737 personas procedentes del contingente Blas Roca, la Unión de Jóvenes Comunista, las Escuelas de Trabajadores Sociales, de Enfermería, del Ejército Juvenil del Trabajo y las brigadas fortalecidas de la capital. Se destacó por su gran valor educativo la participación de los pioneros y otros estudiantes de diferentes niveles de enseñanza.

Con la participación de todos los organismos administrativos, organizaciones políticas y de masas, fueron llevados a cabo importantes trabajos de saneamiento ambiental en sentido de mejorar la recolección de residuales sólidos, eliminando así la acumulación de materiales inservibles en los patios y terrenos baldíos como latas, botellas y neumáticos. De igual modo, se comenzó una importante tarea, la reparación y reposición de tanques para el almacenamiento de agua y también de tapas en mal estado; en la solución a salideros de agua y desbordamientos de albañales.

Refiriéndose a este evento epidemiológico, Fidel, en el discurso pronunciado en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas el 3 de diciembre de 2002 expresó: "...apreciábamos que era más peligrosa que lo que se suponía cuando empezaron a aparecer las combinaciones de los 4 tipos de virus conocidos. Lo sabemos no solo por lo que ocurrió aquí, que nos obligó a 70 días de lucha sin descanso, [...] son estas las razones por las que expongo que el desafío que las enfermedades hacen a la humanidad es un desafío serio, grave y creciente, y será creciente en la medida en que el descuido y la inconciencia sobre los problemas de salud pública sean mayores" (Castro, F., 2002).

- En el 2006 se produjo un marcado incremento de la infestación por el mosquito *Ae. aegypti* con transmisión del virus del dengue en varias provincias del país; ocurrió otro evento epidemiológico asociado a factores similares a los de la epidemia de 2001, y cuyo control fue también el producto de un esfuerzo esencialmente intersectorial.

Una vez concluida la fase intensiva, se inició en el país una etapa de aseguramiento encaminada al desarrollo de acciones que hicieran sostenible el control del mosquito; un programa que tuvo sus bases en un conjunto de acciones integrales encaminadas al saneamiento am-

biental, la higiene colectiva y del hogar, la eliminación y control de este y otros vectores y la prevención de diferentes enfermedades infecciosas, potencialmente epidémicas para el país (MINSAP, 2007).

La epidemiología del dengue ha cambiado con el tiempo y están reconocidos complejos factores, ambientales, económicos y sociales; que se involucran en la dinámica de la transmisión, el riesgo y el propio control del mosquito. En ese sentido, las estrategias de vigilancia y lucha contra el vector también han cambiado, en virtud de un enfoque más integrado.

Resultado del esfuerzo llevado a cabo en el país con vista a perfeccionar la vigilancia del dengue y su vector, lección aprendida en el enfrentamiento a estas y otras epidemias, se emprende la propuesta de un Sistema de Vigilancia Integrado, en el que, además de integrar la vigilancia del medio ambiente, la entomológica, la clínica, de laboratorio y la epidemiológica, se inserta la participación de la comunidad.

## **Sostenibilidad de las acciones: una necesidad**

La sostenibilidad en el control del dengue requiere la movilización y participación de todos los sectores de la sociedad y la economía, unidos en un esfuerzo intersectorial que sustente las acciones en la comunidad

El enfoque intersectorial es considerado una forma de trabajo comunitario, cada vez más generalizado y necesario, en virtud de que, la solución de los problemas de salud abarca a la sociedad en su conjunto, de ahí que se requiera de la interacción con los otros sectores; en el caso que nos ocupa, con diferentes instituciones implicadas en el avance de estrategias de promoción y prevención e intervenciones dirigidas fundamentalmente a la integridad del ecosistema y al fomento de comportamientos saludables en las personas.

*¿Qué limita la sostenibilidad en el control del *Aedes aegypti*?*

La sostenibilidad es un reto, pues para que la participación fructifique de una manera consciente y coordinada, se necesita lograr cambios de comportamiento en la comunidad y cambios en la forma de pensar y actuar de aquellos que toman las decisiones a diferentes niveles, de manera tal, que asuman la responsabilidad que le corres-

ponde, proceso que en los últimos tiempos se ha vinculado al concepto de empoderamiento; interpretado en la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva.

El profesor Orlando Carnota en su libro: *Tecnologías Gerenciales: Una oportunidad para los sistemas de salud*; apunta que los sistemas de salud son organizaciones extraordinariamente favorables a cualquier proceso de empoderamiento (Carnota, 2005), entre otras razones por:

- La elevada proporción de personas que trabajan en instituciones, catalogadas como servicios altamente intensivos en personalidad, en las que se produce una interacción directa con aquellos que se benefician con el servicio brindado; los que a su vez, por la condición de enfermos o sanos preocupados por su salud, son personas que demandan de una atención más personalizada, convincente, inteligente y creadora.
- Alto porcentaje de trabajadores calificados profesionalmente, lo que eleva el potencial para generar ideas e innovaciones en el análisis y solución de los problemas; resultan así obsoletos, los métodos de dirección de ordeno y mando.
- Las acciones encaminadas a resolver problemas de salud toman en cuenta a todos los que tienen un papel específico en los determinantes y condicionantes de la salud (entre ellos, miembros de la comunidad y trabajadores de otros sectores), de manera que el rango de personas sobre las cuales hay que influir es muy amplio y variado.
- La diversidad de actividades en cuanto a tipos de servicios que se brindan, tecnologías que utilizan, especialidad de sus ejecutores, simultaneidad de los procesos y otros.

En el texto se reconoce, además, que existen habilidades, técnicas y métodos que contribuyen a crear las condiciones necesarias para que se produzca el empoderamiento, son estas el liderazgo participativo, el compromiso, la gestión del conocimiento, el trabajo en equipo, la comunicación y la compensación del desempeño.

También apunta que existen condiciones subjetivas, organizativas y de liderazgo que limitan la puesta en práctica del empoderamiento:

- Organizaciones con esquemas de gestión muy centralizados.
- Niveles muy bajos de cultura organizativa.
- Sistemas excesivamente estructurados y con vocación de estabilidad.
- Bajo nivel de confianza mutua entre dirigentes y trabajadores.
- Carencia de una cultura hacia la calidad y el usuario del servicio.
- Líderes no interesados en temas de este tipo.
- Interés en hacerlo, pero evitando que se introduzcan muchos cambios.
- Interés en hacerlo, pero solo parcialmente.
- Hábitos de indisciplina fuertemente arraigados en el personal.

Sin que exista la intención de teorizar en esta temática, lo que aquí se apunta, ayuda a interpretar mejor algunos resultados de investigaciones realizadas en grupos de trabajo que se desempeñan en la vigilancia y lucha antivectorial (Noriega et al., 2009); al tiempo que refuerza la opinión, de que no solo la falta de conocimiento de los directivos para ejercer la autoridad limitan la conducción de la intersectorialidad, también algunos estilos de dirección obstaculizan el trabajo conjunto entre los sectores.

## **La sostenibilidad en la prevención del dengue y el control de su vector, si es posible**

En las últimas décadas, los programas para el enfrentamiento, la prevención y el control de dengue se han modificado en muchos países, en aras de programas más descentralizados, concretados en enfoques más integrales, tal es el caso del enfoque de Ecosalud, que se concentra en el análisis holístico de los problemas y el desarrollo local, visto desde el contexto social y ecológico en el que los humanos viven, implica la unión del gobierno y el pueblo, quienes en conjunto optimizan al máximo los recursos endógenos disponibles y logran mejorar las condiciones económicas y sociales de la localidad. Uno de los pilares en los que se apoya este enfoque es la participación; y desde inicios del presente siglo se aplica en la prevención y control del dengue (Bazzani et al, 2007).

Un ejemplo de su aplicación lo constituye la estrategia intersectorialidad-participativa para la prevención de la transmisión de

dengue que se desarrolló en el municipio capitalino de Cotorro (Díaz et al, 2009). Esta tomó en cuenta el conocimiento local combinado con la participación de los decisores, buscando un balance óptimo, por un lado, entre la salud humana y el bienestar y por otro, la protección del medio ambiente. Cabe decir, que la estrategia desarrollada ha sido sostenible 2 años después de concluidos los procesos.

Recientemente se inició en Cuba el denominado Programa de Sostenibilidad, que está orientado a las acciones del Sistema Nacional de Salud en coordinación con los Organismos de la Administración Central del Estado (OACE) y las organizaciones de masas y sociales, bajo los principios de que su ejecución:

- Es una prioridad para todos los sectores.
- Es tema de análisis periódico en todos los OACE y organizaciones de masas.
- Garantía para el aseguramiento permanente de los recursos necesarios.
- Es de control gubernamental mensualmente, en provincias y municipios a los diferentes organismos que integran el programa; su rectoría técnica es asumida por el Ministerio de Salud Pública.
- Los temas relacionados con el mosquito *Aedes aegypti* y la prevención del dengue se incluyen en la planificación de los ejercicios anuales de preparación contra catástrofes y epidemias, convocados por la Defensa Civil.

El conjunto de acciones a desarrollar ya se hace evidente en algunas de las propuestas de los organismos, por ejemplo:

- El Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos desarrolla en varios territorios del país, un grupo de proyectos dirigidos a resolver los problemas con el abastecimiento de agua en cantidad y calidad a la población, da continuidad a un amplio plan de inversiones para la eliminación de salideros de la vía pública, sustitución de acometidas de agua potable y construcción de acueductos. Así mismo, invierte en recursos necesarios para el mantenimiento a los sistemas de tratamiento de aguas residuales.
- El Ministerio de Economía y Planificación ha invertido en la adquisición de recursos para garantizar carros, contenedores y otros

recursos necesarios para la recogida sistemática de los desechos sólidos en las comunidades y se han incrementado los dispositivos para su recolección en la vía pública.

Sin embargo, no puede hablarse en iguales términos en lo referente a la elaboración de tapas y tanques de agua que permitan sustituir aquellos en mal y regular estado, sobre todo en la población que reside en zonas vulnerables, aun cuando está demostrado que la presencia del vector es en esencia propiciada por el almacenamiento desprotegido del agua de consumo debido a la inestabilidad de su servicio y que esa medida resultó efectiva en el control de la epidemia de 2001.

- El Ministerio de Educación, ha sido uno de los organismos abanderados en esta labor. El tema de la prevención del dengue y la eliminación de su vector ha sido incorporado en el perfeccionamiento del sistema de contenidos educacionales a diferentes niveles. Se realiza una meritoria labor, de conjunto con la Federación de Estudiantes de la Enseñanza Media (FEEM), para la incorporación de estudiantes y profesores a la Brigadas Estudiantiles de Lucha contra el *Aedes aegypti* (BELCAa), así mismo en la preparación técnica e ideológica de estos. Estas brigadas realizan visitas a las viviendas y de conjunto con los moradores, identifican y destruyen criaderos del mosquito, al tiempo que realizan labores educativas.
- Las organizaciones de masas, los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación de Mujeres Cubanas. Cabe recordar que muy cercano a su creación, se establecieron relaciones de coordinación de estas con el sector salud, para desarrollar programas de educación para la salud e higiene ambiental, entre otros. Se desarrolló el “activismo de salud”, en la que especialmente las federadas tuvieron un protagonismo en la divulgación de mensajes educativos mediante los conocidos Debates de Salud. Mensajes como “malanguitas en el agua, no, no, no”, tuvieron un gran impacto en la población. De igual manera, el papel desempeñado en la movilización de las familias para realizar jornadas de limpieza y embellecimiento de las cuadras, las viviendas (“Mi casa alegre y bonita”) y chapea de solares yermos.

Actualmente, se revitaliza el papel de las brigadistas sanitarias en apoyo a la lucha antivectorial, para lo cual se programan y realizan

talleres en todas las provincias, con la participación de dirigentes de base, se analizan ideas, experiencias del papel de la familia en la prevención y detección de posibles criaderos de mosquito en cada vivienda y patio. Se estimula el movimiento comunitario “Mi casa alegre y saludable”.

No obstante, mostrar estos ejemplos alentadores, opino que aún no se aprovecha al máximo las potencialidades que brindan los Consejos por la Salud, espacios en los que están presentes los diferentes actores de la sociedad y representantes de los diferentes sectores de la economía, como escenarios idóneos para gestionar salud en la comunidad y programar acciones de conjunto.

## Consideraciones finales

- En el país se logra un control efectivo y rápido de las epidemias de dengue, porque existen entre otros elementos, voluntad política y una comunidad escolarizada y organizada.
- La participación de los sectores de la sociedad y la economía ha estado presente en cada uno de los eventos epidemiológicos relacionados con el dengue y su vector, pero lamentablemente no todas las acciones que se integran en los momentos de contingencias se mantienen posterior a ella; a pesar de ser un criterio validado el hecho de que la seguridad nacional podría verse amenazada en cualquier momento con el resurgir de epidemias, de no mantenerse en niveles mínimos la infestación por *Aedes aegypti*.
- Aunque están dadas las condiciones institucionales, sociales y políticas, así como las bases legales y programáticas que sustentan la intersectorialidad; y reconocerse esta como un principio básico para el control del vector transmisor del dengue, las acciones no son concebidas ni planificadas estratégicamente.
- La complejidad e interdependencia entre los factores ambientales, económicos y sociales relacionados con el dengue, rebasan las fronteras del sector salud, por lo que se demandan estrategias participativas, en las que estén representados todos los sectores de la sociedad y la economía vinculados con el problema, que permitan la implementación de acciones intersectoriales efectivas y sostenibles.
- La transmisión del dengue está, social y ecológicamente determinada, por lo que no puede hablarse de erradicación del vector, pero sí

de su control, siempre que se programen y ejecuten estrategias integradas, de pensamiento y acción, para actuar de manera consciente sobre los factores del ecosistema y en las que la intersectorialidad deje de ser un hecho coyuntural.

- Las circunstancias actuales son otras y las prioridades de la población también, de manera que se necesita liderazgo, en el sentido más amplio del término, para conducir la intersectorialidad.

## Bibliografía

- Bazzani, R., L. Noronha y A. Sánchez. (2007): *An ecosystem approach to human health: building a transdisciplinary and participatory research framework for the prevention and communicable diseases*. Extraído 20 de julio de 2009 desde <http://www.globalforumhealth.org/forum8/forum8cdrom/OralPresentation/Sanchez%20%20F8-165.doc>
- Carnota, O. (2005): *Tecnologías Gerenciales: Una oportunidad para los sistemas de salud*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2009). *Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba*. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castro, F. (1981): Discurso pronunciado en la clausura V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud, diciembre 9, Camagüey. Extraído 20 de julio de 2009 desde <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1981/esp/f091281e.html>
- Castro, F. (2002): Discurso pronunciado en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, diciembre 3, La Habana. Extraído 20 de julio de 2009 desde <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2002/esp/f031202e.html>
- Díaz, C., Y. Torres, A. M. de la Cruz, A. M. Álvarez, M. E. Piquero y O. Fuentes (2009): *Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local*. Cad. Saúde Pública, 25 (Supl 1), S59-S70.
- Guzmán, MG., O. Peláez, G. Kourí, I. Quintana, S. Vázquez, M. Pentón y Grupo Multidisciplinario para el Control de la Epidemia de Dengue 2001-2002. (2006): *Caracterización final y lecciones de la epidemia de dengue 3 en Cuba, 2001-2002*. Rev Panam Salud Pública, 19(4), pp 20-35.
- Ministerio de Salud Pública. (2007): *Programa de prevención del dengue y erradicación del Aedes aegypti: Etapa de sostenibilidad*. La Habana: MINSAP.
- Noriega, V., I. Ramos, L. Couterejuzón, L. Martín, M. Mirabal, y G. Díaz (2009). *Situación organizacional de los Grupos de Control de Vectores en Ciudad de La Habana*. Rev. Cub. Salud Pública, 35(2). Extraído 20 de julio de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000200018&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200018&lng=es&nrm=iso)
- Kourí, G. (2002): *Control del dengue. Sus principios y la experiencia cubana*. Extraído 23 de abril de 2007 desde <http://www.bvs.insp.mx/componen/bibliodengue2/bibliografias/PDF>
- Kourí, G. (2009): *Epidemiología del dengue. Factores de riesgo*. 11<sup>mo</sup>. Curso Internacional de dengue, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, La Habana.
- Sanabria, G. (2004): *Participación social en el campo de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 30(3). Extraído 20 de julio de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso)



# **El carácter social de la alimentación y la nutrición en el marco de estrategias intersectoriales**

Dra. C Carmen M. Santos Hernández

## **Introducción**

El estudio de la dieta y su influencia sobre la salud y la calidad de vida, puede aportar múltiples evidencias al enfoque que en este nuevo milenio plantea un papel protagónico para la alimentación de nuestra región y además fuertes vínculos causales con las enfermedades, que algunos acostumbra denominar enfermedades de origen social.

Desde tiempos remotos, tan lejanos como la época de Hipócrates y aun antes, se aceptaba el paradigma de que...”tu comida ha de ser tu medicina...”y ya desde entonces cuando se narra la historia de la medicina existen testimonios sobre el manejo dietético efectivo de enfermedades que como la hipertensión, por utilizar tal vez el ejemplo más reconocido, lograban ser tratadas de modo eficaz.

En Cuba el sistema nacional de salud creado desde 1959 ha permitido logros, que han hecho posible la base operacional de los programas de atención a la población. Como parte de estos, la estrategia nacional de nutrición ha desarrollado un sistema nacional de vigilancia nutricional con una cobertura que se extiende a todo el país, desde hace más de 30 años.

La crisis de los sistemas de salud que ha afectado a todos los ámbitos de la vida social contemporánea en el mundo y, en especial a nuestra América, ha tenido - necesaria e inevitablemente - un impacto sobre los sistemas de salud.

En este contexto, el modelo cubano ha transitado por 3 concepciones que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas no borraron los antiguos conceptos en su totalidad, manteniendo su vigencia en determinadas circunstancias y respetando la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores. (Ramírez Márquez, A., Castells-Florit, P., Mesa, G., 2003).

La *concepción basada en el daño*, donde el sujeto de programación está representado por la enfermedad, y la apertura programática, va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de este. Este modelo es el que ha dominado por mucho tiempo la planificación en salud. Por su naturaleza misma induce a un centralismo en las intervenciones y sigue siendo el que se aplica en los casos de emergencia epidémica y otras situaciones de respuestas rápidas a problemas.

La sustentada en el concepto de riesgo, es en la que la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos, que determinan un proceso salud-enfermedad caracterizado por daños comunes.

La apertura programática ha ido orientada a la identificación de factores de riesgo, seleccionados en función de su vulnerabilidad, para luego definir una estrategia de modificación de ellos. Este concepto de intervención eminentemente biológicoasistencial abre la posibilidad de intervenciones diversas desde el plano sectorial con acciones asistenciales, promocionales y preventivas multisectoriales.

En los últimos veinte años, la concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzado que el anterior y en pleno desarrollo, que se fundamenta en el concepto de universalidad, igualdad y cobertura de la población, no solo buscando la individualización de grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia. La misma parte del marco conceptual de que la salud no es un problema sanitario solamente sino la expresión de vida de la estructura social concreta, y para alcanzarla precisa acciones sectoriales, y fundamentalmente intersectoriales (Ramírez, A., Castells-Florit, P., Mesa, G., 2003).

Así se inició en 1977 el actual Sistema Nacional de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (VAD), que se planteaba identificar, cuan-

tificar y predecir los problemas nutricionales en nuestro país por medio de un sistema de diagnóstico y registro de estadísticas continuas de acuerdo con las diversas áreas geográficas, así como la búsqueda de soluciones dinámicas y oportunas. (Santos, C., Ríos, E., Gay-Rodríguez, J., y García, A., 1980).

La seguridad alimentaria, - dentro de este concepto estratégico fundamental -, no puede evaluarse solamente con indicadores de disponibilidad y acceso, pues su objetivo final es el bienestar nutricional de la población, de ahí que sea necesario para llegar a un análisis integral conocer el estado nutricional de la población, que aunque no depende solamente de la seguridad alimentaria, se reconoce que constituye una parte muy importante de ese conjunto, como una expresión reconocida de calidad, estilos de vida y los correspondientes cambios del modo de vida de la nación cubana. (García, C. y Crovetto, M., 1991), (FAO, 1993 y 1994).

La experiencia cubana en sus estrategias de prevención, mediante la alimentación y la nutrición, se ha caracterizado por desarrollar un sistema de diagnóstico y prevención con un aprovechamiento al máximo de las actividades establecidas en los programas básicos de las áreas de salud, que como ha sido ampliamente reconocido por instituciones internacionales se les señala por el avance destacado de sus resultados. (Santos, C. y Gómez-Cabale, E., 1977), (Santos, C., Ríos, E., Gay-Rodríguez, J., y García, A., 1980), (Rodríguez-Suárez, A., Gay-Rodríguez, J. y colaboradores, 1993) (MINSAP-Anuario Estadístico, 2008).

## **Contexto actual de la seguridad alimentaria en términos de intersectorialidad**

El concepto de hábito nutricional entendido como un sistema de conductas motivadas o de representaciones socialmente adquiridas en relación con la alimentación, que son puestas en práctica por los individuos pertenecientes a un contexto social específico, es el elemento central alrededor del cual se convoca al análisis de hallazgos y la valoración de indicadores que pudieran poner en evidencia una periodización evolutiva de la sociedad (Pacheco-Bastidas, V., 1991).

La FAO estima que en 2009 hay 1 020 millones de personas subnutridas en todo el mundo. Esta es la mayor cifra de personas

hambrientas desde 1970 y significa un empeoramiento de las tendencias insatisfactorias, que estaban presentes ya desde antes de la actual crisis económica (FAO: El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Crisis económicas: repercusiones y enseñanzas extraídas, 2009).

El incremento de la inseguridad alimentaria no es el resultado solo de malas cosechas, sino de los elevados precios nacionales de los alimentos, los menores ingresos y un desempleo en aumento, que ha reducido el acceso de las personas pobres a los alimentos.

Por otra parte la asistencia, mediante agencias internacionales no supone una verdadera solución, ya que, por ejemplo el Programa Mundial de Alimentos (PMA) solo asiste al 8 % de la población malnutrida (70 millones de personas) que necesita ayuda alimentaria. Por otro lado, el apoyo para aumentar o implementar la seguridad alimentaria tampoco es suficiente. (Tecnologías para el desarrollo humano: Agricultura y Desarrollo, UPV, 2009).

La agricultura es uno de los medios de vida más importantes en los países en desarrollo y resulta alarmante que en los inicios de este siglo se reconozca que en los últimos decenios la agricultura y el desarrollo rural han perdido importancia en los planes de desarrollo. Esta realidad contrasta con el enunciado del Objetivo 1 de la reunión realizada para plantear los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) Los recursos destinados a esos sectores han disminuido en más del 50 % los 20 últimos años, según la información de este organismo internacional. (FAO, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Seguridad Alimentaria. WSFS, 2009).

En el medio cubano estudios dietéticos realizados en los años 1995 al 1996 (Barnouin J. y Chassagne, 1997) pudieron demostrar que en la población sana de los municipios La Lisa en la Ciudad de La Habana y Caimanera en Guantánamo se encontraban cambios estacionales con diferencias significativas en los parámetros bioquímicos: selenio, vitamina B2, los alfa y beta carotenos, así como los carotenos totales, la vitamina E, los licopenos y el zinc. Una observación similar había sido realizada por autores del Instituto de Higiene a finales de la década de los sesenta (Cabrera y cols, 1970).

Estas carencias de micronutrientes son también descritas en otros grupos de riesgo, señalándose bajos niveles séricos de ácido fólico y

cobalamina en el suero de aproximadamente el 31 % de la población adulta encuestada (Pita-Rodríguez, G. y cols, 2000) (Macias-Matos, C., y cols, 2002).

En los años 1995 y 2001 se realizó la I y II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y Enfermedades no Transmisibles en la población cubana mediante mediciones antropométricas, que presenta la prevalencia de obesidad con cifras aproximadas de 7 a 12,7 % en la población adulta de las provincias occidentales, según el criterio del índice de masa corporal (IMC = 30). (MINSAP, Colectivo de autores, 2001, 2005).

Los informes de los sitios-centinela en años posteriores han servido para validar y corroborar los datos recolectados después de estas encuestas nacionales. De acuerdo con estos reportes, el sobrepeso fue más frecuente entre los 50 a 59 años, y se asoció con una escolaridad superior de esa población (Aranceta, J., 1998).

Los sitios-centinela también han revelado que, en 2003, el 13,5 % de los niños menores de 5 años mostraban sobrepeso (Anónimo. Sistema de vigilancia por sitios centinelas. INHA, 2003).

Pudiera comentarse que la mayor parte de los países de esta región geográfica del Caribe está en diferentes estadios de la situación demográfica y de la nutrición y su relación con la salud. Presentándose un cuadro de salud variable y mixta con combinaciones diversas de enfermedad por déficit de micronutrientes, tales como zinc, hierro, vitamina A y folatos, asociadas con un incremento creciente de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (Santos Hernández, C. y colaboradores, 2006) (Santos Hernández, C., 2008).

Se puede afirmar que uno de los problemas de tipo nutricional más importante en Cuba actualmente es la anemia por déficit de hierro, con prevalencias informadas de 31,6 %, 24,3 % y 29,1 % respectivamente para los niños escolares de la región occidental, central y oriental del país (Gay, J. y cols, 1997) (Reboso, J., 2003).

Cuando se analiza comparativamente un indicador como la anemia, según hemoglobina en las embarazadas, se encuentra un valor de prevalencia muy similar al reportado por Costa Rica en el estudio de los 9 países, donde Guatemala se presenta con las cifras más altas de la región centroamericana. (Santos Hernández, C. y colaboradores, 2006) y (Uauy, R. y Rivera, 2003).

## **Sistemas de redes de seguridad consolidados**

El diseño de redes de seguridad adecuadas al contexto local supone tomar decisiones sobre las condiciones que deben cumplir los beneficiarios, la elección entre efectivo, alimentos o cupones y el grado de identificación de los beneficiarios de las redes. La identificación eficaz de los beneficiarios es importante para ampliar al máximo las repercusiones y evitar que se desvirtúen los incentivos.

Según consideran algunos expertos, pertenecen a este grupo de redes de seguridad consolidadas, los países que han institucionalizado un sistema de red de seguridad financiado por el gobierno nacional (FAO , 2009).

En estos países, los mercados y los sistemas alimentarios y agrícolas suelen funcionar relativamente bien, y los desafíos corresponden principalmente a subsanar las deficiencias, dotar de mayor eficacia al sistema y mejorar los aspectos técnicos y la calidad de la asistencia.

Durante estos 50 años en Cuba se han venido desarrollando medidas e intervenciones que han tenido como propósito mejorar y eliminar las causas de problemas nutricionales; las cuales han conducido a la prevención y control de estos problemas y que se apoyan en el desarrollo de un sistema de redes articuladas a nivel local y – se caracterizan por un entrettejido de acciones intersectoriales, que van desde la organización e implementación de los sectores productivos a los de distribución y a algunas organizaciones de servicios como los comedores escolares y obreros- (FAO ,2009). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Crisis económicas: repercusiones y enseñanzas extraídas (cuadros 1 y 2 en páginas 53-56 de ese documento).

Todas estas acciones han sido aplicadas en el ámbito nacional y han sido financiadas en su gran mayoría por el gobierno cubano, situación poco usual en el mundo actual y entre las que se destacan: la entrega de un litro de leche diario a los niños menores de 7 años a precio subsidiado por el estado, el desarrollo de suplementos vitamínicos y minerales con el objetivo de disminuir la carencia de micronutrientes esenciales como el hierro. Además de garantizar el consumo de sal yodada por el 100 % de la población ( UNICEF, Cuba, 1998) (INHA – UNICEF Programa de prevención de los desórdenes por deficiencia de yodo, 2002) (MINSAP Anuario Estadístico, 2008).

## **Disponibilidad, acceso y seguridad alimentaria en el ámbito de las acciones intersectoriales**

La salud pertenece al grupo de los denominados sistemas altamente complejos, se entiende como tal la presencia de un número muy grande de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras que tienen numerosas formas de combinarse y recombinarse y que están sometidos a una dinámica muy elevada donde las categorías como causalidad, casualidad y posibilidad tienen una presencia significativa: “Así, el concepto de sector de la planificación económica resulta pobre para el enfrentamiento de los problemas cuasi estructurados”. Resulta entonces que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del “sector salud” (Castell-Florit, P. y colaboradores, 2002, 2006, 2008).

La creciente variabilidad y la fuerte tendencia al alza en los precios mundiales de alimentos durante los últimos 2 años han sido identificadas como legítimas amenazas, debido a que pueden aumentar la pobreza y el hambre a nivel mundial.

El carácter eminentemente social de la nutrición, así como la condición biosocial del hombre están estrechamente relacionadas con su estado de salud y estilo de vida, aspecto en los cuales la alimentación desempeña un importante papel para el logro de una buena calidad de vida del ser humano.

Esta experiencia sobre el desarrollo de redes para la estrategia de una alimentación satisfactoria de la población nos hace recordar el punto de vista de Longwe, quien ha planteado distinciones entre diferentes grados del empoderamiento que diferencia según su grado de bienestar, accesibilidad, concientización y nivel participativo de los miembros de la comunidad (Longwe, S., 1991). El enfoque de este autor destaca la importancia de que los actores del proceso ganen el control sobre las decisiones y distribución de recursos con el propósito de alcanzar sus objetivos.

Otros autores enfatizan el papel del ejercicio de las técnicas de empoderamiento, como parte del proceso de gestión y de participación consciente de los involucrados, cuando las analizan y representan en un enfoque integral, como la imagen de un cubo con sus diferentes caras (Gaventa, J., 2005) (Luttrell, C. y S. Quiroz, 2009).

En este marco teórico se insertan los aspectos culturales y psicológicos de la seguridad alimentaria en la realidad diaria de la experiencia cubana:

- El trabajo conjunto e interactivo de instituciones, organismos y organizaciones que conforman el entorno social del individuo y su alimentación y nutrición.
- Las desigualdades de género o de funciones de los diversos miembros a nivel intrafamiliar.
- La protección de la salud en los grupos identificados como en riesgo y su relación con la nutrición.
- El valor cultural de los alimentos (pautas dietéticas y productivas locales).
- Las percepciones subjetivas de los afectados por las crisis.

## **Consideraciones finales**

Todos estos lineamientos implican un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional, ya que hay que ver la salud como el resultado de la acción de todos los factores y del proceso de gestión que se relaciona con ella y no meramente como el sector salud en particular. Dentro de este contexto se plantea la seguridad alimentaria como uno de sus eslabones estratégicos, con las siguientes particularidades y condicionantes:

- El papel de la voluntad política para el uso racional de las capacidades institucionales, políticas, técnicas y financieras de los diferentes territorios.
- La humanización del proceso , mediante técnicas de empoderamiento que conlleven un mayor nivel participativo, al introducir las nuevas implementaciones o ampliar las redes de seguridad ya existentes.

Dentro de las actuales políticas de salud que se plantean mundialmente, la promoción de salud constituye un aspecto de gran importancia, ya que sienta las bases de la necesidad de la intersectorialidad, mediante:

- Formulación de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes propicios.



- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.

Las personas no pueden alcanzar su total potencial de salud a menos que ellas sean capaces de controlar los factores que determinan su salud. Este control reside idealmente en el individuo cuando puede ejercer dominio personal sobre los determinantes de la salud; pero con algunos aspectos complejos, que tienen que ver con el estilo de vida, el control se debe ejercer, además, mediante las decisiones y la acción comunitaria.

Este nuevo concepto de promoción de la salud plantea como premisa:

1. Ir más allá del énfasis sobre estrategias centradas en el estilo de vida individual, para ampliar las estrategias sociales y políticas,
2. Adaptar el concepto de empoderamiento como una estrategia clave para la promoción de la salud.
3. Reconocer la importancia de la participación de la comunidad en identificar sus problemas de salud y las estrategias para darles solución.

El objetivo fundamental no se limita a brindar información o la elevación de conocimientos sobre alimentación y nutrición, sino a la adopción de actitudes y prácticas alimentarias, así como a estilos de vida saludables.

En el empeño de lograr estos aspectos tan necesarios para la adopción de adecuados estilos de vida que contribuirán a un estado de salud óptimo, se ha planteado el Plan de Cultura Alimentaria Cubana, que considera necesario el incremento de acciones educativas en relación con la alimentación y la nutrición.

Para el desarrollo de estas acciones se ha convocado el trabajo conjunto de instituciones, organismos y organizaciones que conforman el entorno sociocultural del individuo en su alimentación, nutrición y de modo implícito, en su desarrollo integral y en su calidad de vida.

La esencia de esta estrategia está fundamentada en la educación alimentaria y nutricional, con un alto nivel participativo de todos sus actores, dirigida a toda la población y haciendo énfasis en los grupos priorizados y de riesgo.

## **Bibliografía**

- Anónimo (2003): Sistema de vigilancia por sitios centinelas. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. MINSAP Ministerio de Salud Pública. La Habana.
- Aranceta, J., (1998): Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados. Nutrición y obesidad, 1Ñ12-22.
- Benjamín, M., J. Collins y M. Scott (1985): No free lunch. Food and Revolution in Cuba today. Third world publications, pp.98-100.
- Cabrera, A., N. Chi, Y. Díaz, J. Gay, G. Mateo de Acosta, J. Mendoza et al. (1970): Encuesta nutricional de Alquizar. Bol. Hig. Epid. 8: 3-50, enero-abril.
- Castell-Florit, P., (2002): Capítulo III de la tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias de la Salud.
- Castell-Florit, P. (2008): Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2009): Sostenibilidad de la Intersectorialidad en Cuba, Editorial Ciencias Médicas.
- Cecilia Luttrell and Sitna Quiroz, with Claire Scrutton and Kate Bird (2009): Understanding and operationalising empowerment. Working Paper 308, November British Columbia University, Canada.
- Colectivo de Autores (2008): Programa de Cultura Alimentaria, La Habana, Cuba.
- Díaz-Sánchez, M. E., M. Montero, S. Jiménez-Acosta, (2008): Diseño y Confección De Las Tablas Antropométricas De La Embarazada Cubana. INHA-ICIMAF-MINSAP-UNICEF. Pp. 3-24.
- FAO (1993): Métodos de medición de la seguridad alimentaria. Programas de actualización en alimentación y nutrición. Santo Domingo: Dirección de Política Alimentaria y Nutrición (ESN/FAO) pp. 13-20.
- FAO (1994): Evaluación de la situación actual en materia de seguridad alimentaria mundial y evolución reciente. Comité sobre seguridad alimentaria. 19º período de sesiones. 94/2, Roma, pp. 1-41.
- FAO (2009) Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Seguridad Alimentaria. (WSFS 2009-2) Roma, Noviembre 16 al 18. Páginas 1 -8.
- FAO (2009): El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Crisis económicas: repercusiones y enseñanzas extraídas. pp. 46-47 y cuadros 1 y 2 en páginas 53-56. ISBN 978-92-5-306288-1.
- García C., M. Crovetto (1991): Situación de la seguridad alimentaria en América Latina. Rev Chil Nutr ;19:17-24.
- Gaventa, J. (2005): Reflections of the Uses of the 'Power Cube' Approach for Analyzing the Spaces, Places and Dynamics of Civil Society Participation and Engagement. CFP Evaluation Series 4. The Hague, Netherlands: MBN Secretariat.

- Gay, J., A. Cabrera, M. Calderín, A. Rodríguez, M.C. Romero, M. Sánchez (1997): Alimentación y anemia en un grupo de escolares de primaria. *Rev. Cubana Aliment Nutr*; 11(1): 26-34.
- INHA - UNICEF (2001): Diagnóstico del estado nutricional de la deficiencia de vitamina A en niños de 6 a 24 meses, 1999 - 2000. INHA.
- INHA (2001): Programa de prevención de la anemia en el embarazo. Sistema de vigilancia por sitios centinelas.
- INHA-UNICEF (2002): Programa de prevención de los desórdenes por deficiencia de yodo. Sistema de vigilancia y monitoreo de la producción, distribución y consumo de la sal yodada.
- Longwe, S. (1991): Gender Awareness: The Missing Element in the Third World Development Project', in T. Wallace and C. March *Changing Perceptions: Writings on Gender and Development*. Oxford, UK: Oxfam.
- MINSAP- INHA (1998): Deficiencia de Yodo en Cuba. Estudio de la Situación Actual y Medidas para su control. Serie de Monografía. UNICEF Cuba.Nº 18. Febrero.
- MINSAP(2001): Colectivo de autores, Informe preliminar de la evaluación antropométrica. II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. La Habana, Cuba.
- MINSAP. Anuario estadístico (2008). MINSAP. La Habana, Cuba.
- Pacheco Bastidas, V. (1991): Evolución histórica de los hábitos alimenticios en la región norte andina del Ecuador. Facultad Central de Medicina de Ecuador,
- Ramírez Márquez, A., P. Castells-Florit, G. Mesa (2003): El Sistema Nacional De Salud De Cuba. Monografía. ENSAP.
- Reboso, J., A. de Las Cagigas, M. Riverón, M. Abreu (2000): Estado nutricional de hierro en embarazadas de bajo peso y sin bajo peso en el primer trimestre del embarazo. *Rev. Española Nutr Comunitaria*; 6(3):111-5.
- Rodríguez-Suarez, A., J. Gay-Rodríguez, Y. Prieto-Gonzalez, A. Suarez- Varas, I. Siberio-Giriondina, I. Martín-Gonzalez, (1993): Sistema para la vigilancia automatizada de dietas.(VAD) versión 4-01 *Rev. Cub. Aliment.Nutr*, Vol. 7, No.1: 52-57.
- Santos Hernández, C y Gómez-Cabale, E., (1977) Encuesta de egresados de hogares de recuperación nutricional. . *Rev. Cub Ped*. 43:391-410,
- Santos Hernández, C., Ríos Massabot, E., Gay-Rodríguez, j., y García Gutiérrez, A., (1980). Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Vigilancia Nutricional en el sector salud. Monografía. La Habana, Cuba.
- Santos- Hernández, C., J.C Ugarte, J. González, I. Martín (2002): La mujer cubana en el climaterio, aspectos metabólicos nutricionales. Publicación científica Publicación científica sobre Nutrición Clínica; Volumen XI, numero 4 pp. 121-132.
- Santos- Hernández, C. (2004): La mujer habanera. Análisis sobre la composición corporal y cambios según factores de riesgo. *Rev. Sexología y Sociedad*, año 10, numero 23, Págs. 28-34, ISSN 1025 6912.
- Santos Hernández, C., P. Ochandategui Camejo, R. Lores Estrada (2006): Estado nutricional de la población de Cuba, México y algunos países de América Central. En: *Nutrición y Salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones* (Editores: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J). Segunda Edición. Masson. Barcelona..

- Santos Hernández C. (2008): Manual de Procedimientos para Diagnóstico. Rev Cub Aliment Nutr; 18 (2 Supl 2): S1- 84 <http://sociedades.sld.cu/nutricion/RevistaCubanaAlimentacionNutricion.htm>
- SECUBA (1997): Proyecto. Parámetros bioquímicos, dieta y relación con estrés oxidativo. Barnouin J. Et Chassagne. Strategies alimentaries a Cuba.
- UPV (2009): Tecnologías para el desarrollo humano: Agricultura y Desarrollo, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Uauy, R. INTA. y Rivera, J., CINYS (2003): Universidad de Naciones Unidas y OPS/OMS. Foro Regional Desafíos para la investigación en salud y nutrición de los niños en América Latina.

# **Las ciencias veterinarias y su participación en la intersectorialidad en la práctica social**

Dr. C Pablo R. Chávez Quintana

## **Introducción**

Las interacciones diarias entre animales, seres humanos y el medio ambiente, ha constituido un hecho al cual se hace referencia desde el inicio de nuestra civilización, así como al impacto de dichas relaciones en la salud pública, cuyas referencias fueron señaladas por Hipócrates en el año 460 antes de nuestra era, donde se refería a la importancia de la equinoterapia para el tratamiento de algunas enfermedades, utilizada por algunos médicos de la época. Entre las amenazas actuales a la salud del hombre se incluyen infecciones transmitidas por animales, insectos, alimentos o el agua. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reiterado que las enfermedades infecciosas están creciendo a un ritmo sin precedentes en la historia, se resalta que un considerable número de ellas tiene su origen en animales (zoonóticas) a tal extremo que en la actualidad el 75 % de las enfermedades emergentes que afectan a las personas son zoonóticas o son provocadas por patógenos originarios de los animales.

Entre los factores que influyen en estas amenazas se encuentran el movimiento internacional de personas, animales y productos de origen animal, la globalización y administración de los complejos alimentarios, el clima y otros cambios medioambientales, incluyendo

a aquellos que afectan a las poblaciones de animales silvestres y sus interacciones con las personas y otros animales y puede llegar a tener repercusiones en la seguridad global y nacional. Enfrentar con efectividad estos retos requiere que se establezcan fuertes nexos entre los médicos humanos y veterinarios, los investigadores, laboratoristas, otros miembros de los sistemas de salud pública, sanidad animal, sanidad vegetal, el control del medioambiente, así como de otros factores que inciden en el mantenimiento de la estabilidad y sostenibilidad de la situación epidemiológica, epizootiológica y fitosanitaria en la comunidad.

La intersectorialidad con una connotación mundial tomó carta de naturaleza en la estrategia de “Salud para Todos” a finales de los años 70, cuando surgió como llamada intuitiva y global, lo que desde entonces ha sido masivamente aceptada como meta de las intervenciones de salud pública en diversos lugares del mundo. La evaluación actualizada de la situación y tendencias de la salud del país y de sus determinantes, requiere de una adecuada identificación de las desigualdades en los riesgos, en la magnitud de los daños y en el acceso a los servicios y la detección de las necesidades de la población, incluyendo la evaluación de las amenazas o peligros que puedan influir sobre los niveles de salud en la comunidad, así como la valoración adecuada de dicha demanda, solo se hace posible mediante la participación intersectorial, multidisciplinaria y de la población en forma consciente.

Aunque la participación de los médicos veterinarios en unión de los médicos humanos y otros profesionales se registran documentalmente en la historia de la salud pública de nuestro país, el triunfo de la Revolución el Primero de Enero de 1959 y muy especialmente la promulgación e implementación de la Ley de Reforma Agraria provocó cambios radicales en las estructuras de la tenencia de la tierra, fueron creadas granjas especializadas en la producción intensiva de las distintas especies y otras actividades orientadas a lograr un incremento para la producción de proteínas destinadas al consumo de la población, como uno de los factores fundamentales que inciden en la eliminación del hambre, la desnutrición y otros flagelos asociados. Paralelamente surgieron nuevos conceptos en el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y en el enfoque estrategicometodológico aplicado para la planificación, organización e implementación de los

programas para la prevención y enfrentamiento a las enfermedades y el nuevo concepto de lo que se define como salud humana, abriendo por tanto un universo de carácter intersectorial y multidisciplinario en el que permite sin exclusión la participación de las ciencias veterinarias, en las actividades orientadas a la promoción de salud pública en la población cubana.

Teniendo en cuenta la importancia de este tema y la búsqueda de las acciones que conduzcan a una adecuada sistematicidad y sostenibilidad, este ha sido incluido en las proyecciones de la salud pública cubana hasta el año 2015, tal como se refleja de manera explícita en el documento programático integral del Sistema Nacional de Salud. En interés del perfeccionamiento de este objetivo, consideramos conveniente significar la importancia de propiciar y perfeccionar los métodos y procedimientos que permitan una mayor participación de las ciencias veterinarias, como uno de los factores que puede brindar una adecuada contribución al propósito de proteger la salud humana, mediante la preservación del medio ambiente, la elevación de la higiene ambiental, la estabilidad higiénico epizootiológica-epidemiológica, la sustentabilidad-sostenibilidad alimentaria y el control de la inocuidad de los alimentos de origen animal destinados al consumo humano, en el desarrollo de estilos de vida saludables en correspondencia con los niveles de envejecimiento de la población y la necesidad de su incorporación a las actividades socialmente útiles a las cuales les convoca la dirección política del país.

## **La salud pública veterinaria y su papel en la gestión del riesgo sanitario para la población**

En todo el mundo a diario hay transmisión de enfermedades entre los animales y el hombre, ya sea a través de las actividades cotidianas o por vía de la alimentación. Brown (2004) señala que de 1 415 patógenos que afectan a las personas, el 61,6% tiene su origen en animales y agrega que de los 616 patógenos de los animales domésticos el 77,3 % afecta a múltiples especies, entre ellos el 90 % de los que afectan a los carnívoros domésticos, ello ejemplifica la considerable promiscuidad reinante entre los patógenos de los animales, por lo que no puede sorprendernos que la zoonosis hayan alcanzado un lugar central en los programas de salud pública y de sanidad animal.

Por otra parte, se conoce que las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) constituyen uno de los problemas más extendidos en el mundo actual, muchos expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que entre el 70 % y el 80 % de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son originadas por los alimentos y el agua contaminados.

En la actualidad, se ha concebido que para lograr la meta de obtener alimentos inocuos para el consumo de la población, es necesario aplicar rigurosas medidas sanitarias en todos los eslabones de la cadena alimentaria desde el productor primario hasta el consumidor, lo que se ha dado en llamar “desde la granja hasta la mesa”.

La salud pública veterinaria en el contexto internacional tiene sus antecedentes desde el siglo XIX, sin embargo, su desarrollo se corresponde con el descubrimiento de enfermedades comunes al hombre y a los animales, pero sobre todo a partir de mediados del pasado siglo y ya en 1949 fue creada una sección encargada de esta rama dentro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el año 1956 se funda el Centro Panamericano de Zoonosis. Durante estos años la SPV fue definida como el componente de las actividades de salud pública dedicadas a la aplicación de los conocimientos, pericias y recursos de las ciencias veterinarias para la protección y el mejoramiento de la salud humana.

En la Reunión de Expertos convocada por la OMS en Teramo, Italia en 1999, que contó con la colaboración de la FAO y la OIE se definió la salud pública veterinaria como: “Las contribuciones al bienestar físico, mental y social de los seres humanos mediante la comprensión y aplicación de las ciencias veterinarias”. Su alcance es claramente multidisciplinario e intersectorial pues requiere se involucren no solo veterinarios de diferentes sectores, sino además profesionales de la salud, la agricultura y otros relacionados con la biología y la protección del ambiente.

Los programas de salud pública veterinaria deben incluir principios básicos de higiene, cuarentena, aislamiento, bioseguridad, lucha antivectorial y disponer de otros medios sostenibles y sustentables que permitan la adecuada planificación e implementación de las medidas de prevención y control económicamente accesibles a todos los



grupos poblacionales que poseen animales. Al mismo tiempo se pueden realizar acciones más complejas que permitan conocer el estado de salud de las distintas especies y sus propósitos (silvestres, productivas o de compañía o mascotas), así como desarrollar sistemas de vigilancia, capacidades para el diagnóstico, opciones de tratamiento, control de la inocuidad de los productos y subproductos de origen animal destinados al consumo público o de otras especies, según las características de las zoonosis.

Las referencias antes señaladas hacen posible realizar una adecuada valoración e interpretación de la participación de las ciencias veterinarias como un componente importante en los procesos de realización de los estudios de salud en la comunidad, la apreciación de la situación epidemiológica en cada escenario (urbano, suburbano o rural), la elaboración y planificación de las medidas antiepidémicas, medioambientales y otras, que permitan la reducción del riesgo, teniendo en cuenta los factores que originan vulnerabilidades, así como la participación organizada y consciente de la comunidad, los diferentes sectores y la población en la implementación de dichas actividades. “Le corresponde por tanto a las ciencias veterinarias participar activamente con otros sectores comunitarios en la realización de acciones orientadas a reducir, eliminar o alcanzar niveles aceptables de riesgo, en los cuales se tengan en cuenta principalmente la protección de la salud pública, el medio ambiente, el bienestar, la salud y conservación de las diferentes especies, la sostenibilidad alimentaria e inocuidad de los productos destinados al consumo humano u otros propósitos”.

## **Enfoque estratégico para implementar la participación de las ciencias veterinarias en la sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba**

En la búsqueda de la forma mediante la que se pueda implementar la plena incorporación de esta ciencia en la proyección de la sostenibilidad resulta fundamental la intersectorialidad como parte de los objetivos propuestos para el desarrollo de la salud pública en el

país en los próximos años, es necesario considerar como las principales áreas de participación:

1. La protección del medioambiente de las eventuales influencias nocivas del cambio climático y sus efectos sobre la salud de los animales.

El archipiélago cubano, por su ubicación geográfica, evolución geológica, características tectónicas, clima y relieve; relaciones y desarrollo socioeconómico y otras, presenta diversas amenazas o peligros naturales, tecnológicos y sanitarios que deben ser correctamente analizados teniendo en cuenta los efectos de estos sobre el medio ambiente y sus distintos componentes en los diferentes territorios del país.

Algunas de dichas amenazas se pueden considerar recurrentes, ya que están presentes cada año y en un período específico, como los huracanes, depresiones tropicales, penetraciones del mar, inundaciones, intensas sequías. Se identifican otras que se pueden clasificar como potenciales (enfermedades que pueden originar epidemias, epizootias, epifitias o plagas cuarentenarias, accidentes con sustancias peligrosas, incendios de grandes proporciones en áreas rurales, instalaciones industriales y construcciones sociales, derrumbes de edificaciones, derrames de hidrocarburos, sismos, deslizamientos del terreno, ruptura de obras hidráulicas y otros), cuyo pronóstico en el tiempo es impredecible. Los eventos hidrometeorológicos severos se convierten por tanto en la principal amenaza por su frecuencia y carácter recurrente con la particularidad de que estos fenómenos naturales, pueden afectar de forma escalonada a regiones determinadas o a la totalidad del territorio nacional. Tales eventos, las variaciones y consecuencias medioambientales requieren de la participación, entre otros, de algunas disciplinas que integran las ciencias veterinarias, las que poseen experiencias de utilidad para su prevención y enfrentamiento.

2. La evaluación de la posible incidencia de los animales y sus productos en la estabilidad y sostenibilidad de la situación higienicaepidemiológica en la comunidad.

El incremento del comercio exterior y el turismo así como el tránsito y anidamiento de aves migratorias y el bioterrorismo

por parte de nuestros enemigos, así como los efectos del cambio climático propician la posibilidad de penetración de enfermedades y plagas cuarentenarias, el incremento y modificaciones en la conducta y desarrollo de los vectores de interés sanitario, de afectaciones en los ecosistemas que propician alteraciones en el comportamiento de los elementos bióticos y focos naturales de algunas enfermedades consideradas como zoonosis graves (arbovirosis, leptospirosis, rabia u otras) cuyos daños afectan al medio ambiente, al hombre, los animales y las plantas, en fin a todos los factores que posibilitan la vida.

Esto significa que la utilización del enfoque en sistema nos permite hablar del enfoque sistemicoepidemiológico para enfatizar que el gerente en salud debe considerarlo como una unidad metodológica. Su enfoque debe contemplar a todos los factores diversos que determinan en el entorno en que el hombre vive, efectos negativos en el orden sanitario, donde resulta cada vez más evidente el papel que desempeñan los animales y sus productos, así como los residuales sólidos y líquidos que estos generan, sin recibir una sistemática y adecuada recolección-disposición sanitaria.

3. La prevención y control de graves epidemias provocadas por zoonosis graves u otros de interés para la salud pública.

El comportamiento de la salud colectiva de animales se encuentra íntimamente vinculado con los factores naturales, económicos, sistemas de producción o manejo de las especies, las condiciones de existencia de las especies silvestres y domésticas, así como el desarrollo comunitario y sus vínculos directos e indirectos con los animales.

En el caso de los animales y en el comportamiento de las enfermedades específicas y de aquellas comunes al hombre (zoonosis) los focos naturales constituyen un elemento de vital importancia, para el momento en que se realicen los estudios de riesgo, la apreciación, el pronóstico y las medidas que se requiere establecer en las distintas fases del ciclo de reducción de desastres. Dichos focos se convierten en un elemento de vital importancia epizootologicaepidemiológica, teniendo en consideración que constituyen el área biogeográficamente determinada por la biocenosis, en la que circulan los agentes

etiológicos de forma independiente con respecto al hombre, la vitalidad y persistencia de dichos focos están influidas por el comportamiento del clima, la flora y la fauna –huéspedes y los vectores.

El control y la vigilancia de la salud animal no constituyen elementos para la recolección de datos que se registren por la aparición de animales enfermos en forma individual o pequeños brotes de entidades enzoóticas. Para su más eficiente ejecución resulta fundamental la inclusión de información relacionada con los factores medioambientales, el comportamiento de la expresión de salud en las distintas especies y propósitos productivos, sistemas de crianzas o de manejo, así como otros elementos de interés específico epidemiológico que se convierten en indicadores de carácter primario que necesitan las instituciones del sector de la salud pública encargadas de brindar atención a dichos riesgos en la comunidad a los distintos niveles. La implementación de estos conceptos requiere de una proyección social y económicamente organizada en la comunidad, con un enfoque intersectorial y sistémico, que permitan satisfacer la demanda continua de la población y alcanzar la reducción de los niveles de riesgo actuales a índices más bajos. El resultado de estas valoraciones han inducido a la Organización Mundial de la Salud Animal (OIE) en adecuada concordancia con la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) a coincidir en el criterio de establecer un concepto internacionalmente reconocido en la actualidad como “Un mundo, una salud”, el cual constituye una estrategia mundial para prevenir y gestionar los riesgos en la interfaz ser humano/animal.

4. La sostenibilidad de la seguridad alimentaria y de la inocuidad de los alimentos de origen animal.

La salud animal, tiene dentro de sus objetivos fundamentales: el mejoramiento de los indicadores productivos que aseguren la producción de alimentos inocuos en forma sostenible y sustentable, la prevención de afectaciones por la presencia de enfermedades zoonóticas, todo lo cual contribuye al alargamiento de la vida del hombre, con calidad y la conservación del medio ambiente, lo que se puede alcanzar solamente mediante accio-

nes de carácter integral en la comunidad, en las que se incluya la participación de las ciencias veterinarias con estos propósitos.

Para lograr materializar esas proyecciones hay que interiorizar el carácter eminentemente social de la indisoluble relación hombre/animal, en la que se involucran además de los profesionales de la salud pública y la sanidad animal, los criadores de animales cualesquiera que sean sus fines, instituciones especializadas en el estudio del clima y de las variables meteorológicas, centros dedicados a la faena, elaboración, manipulación y comercialización de productos de origen animal, así como otros factores de la comunidad que permitirán implementar el enfoque intersectorial y sistémico imprescindible para poder planificar e implementar las acciones orientadas a reducir o eliminar el riesgo epidemiológico derivado de la creciente relación del hombre con los animales.

5. La promoción de salud en la vivienda, incluyendo la tenencia sana de los animales como elemento que contribuya a lograr categoría de “vivienda saludable”.

La posibilidad de investigar y vigilar la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles, exposiciones a sustancias peligrosas, enfermedades comunes de los animales y el hombre (las zoonosis), la calidad e inocuidad de los alimentos, las condiciones medioambientales y otros factores que incidan en el bienestar y la calidad de vida de la población en las diferentes áreas de riesgo, constituyen elementos fundamentales que resultan imprescindibles para poder contribuir a la adecuada compatibilización o armonización de desarrollo socioeconómico en la comunidad en su carácter colectivo, y en particular para cada una de las viviendas que proyectamos o edificamos muchas veces sin tener en cuenta el riesgo epizootológico-epidemiológico que pueden representar los animales de compañía o mascotas, las especies productivas u otras, cuando se pasa por alto que ellos generan desechos peligrosos de origen biológico, que influyen en la estabilidad de la situación higienicaepidemiológica de los territorios y que en términos generales, la población dispone de una insuficiente información y conocimientos, que le permita poseer una adecuada percep-

ción del riesgo y en consecuencia puedan adoptar conductas que posibiliten la reducción o eliminación de tales riesgos.

6. La promoción del bienestar y la salud de la población en general y especialmente en las personas de la tercera edad u otros grupos que requieran atención médica diferenciada, donde se incluye el papel de algunas especies de animales en estos grupos vulnerables y la utilización de terapia especial a pacientes discapacitados.

En nuestro país la accesibilidad en forma universal y gratuita a los servicios de salud, constituye uno de los derechos refrendados en la Constitución de la República, lo que ha exigido el establecimiento de principios ineludibles para su implementación, entre ellos la obligada participación por su carácter eminentemente social, de diferentes factores comunitarios (instituciones estatales, gubernamentales o no gubernamentales y demás integrantes de la sociedad civil), en interés de lograr que bajo la coordinación del sector de la salud pública, se pueda materializar en forma armónica, consciente y debidamente concertada, el adecuado y racional aprovechamiento de todas las posibilidades económicas, científicas y sociales que existen en la comunidad en beneficio de los servicios de salud diferenciados que aseguren en forma sostenible el bienestar y la calidad de vida demandada por los grupos etarios y personas más vulnerables, algunos de los cuales necesitan una atención especializada y muchas veces personalizadas, como parte de los tratamientos para su recuperación psicológica o de rehabilitación, para lo que se utilizan especies de animales como los équidos, los delfines, los perros u otras, lo cual exige de la correspondiente licencia veterinaria, control del estado de salud de dichos animales y su correspondiente certificación por parte de los médicos veterinarios debidamente acreditados por parte del Instituto de Medicina Veterinaria del Ministerio de la Agricultura, en su carácter de órgano rector de la salud animal en el territorio nacional.

## **Consideraciones finales**

1. El incremento de las relaciones entre los seres humanos y los animales constituye un hecho que muestra una tendencia

creciente, lo que unido a la carencia de una adecuada percepción del riesgo derivado de esas interrelaciones puede dar lugar a procesos epizootémicos u otras afectaciones en la salud pública con manifestaciones clínicas o afectaciones de carácter epidémico.

2. El desarrollo insuficiente de las instituciones veterinarias (clínicas, consultorios u otras) para la atención primaria de salud de las distintas especies de animales y la prevención de las zoonosis en la población, así como para perfeccionar la vigilancia sobre la conservación-comercialización y sistemático control de la inocuidad de los alimentos u otros productos destinados al consumo público, no se encuentran debidamente contemplados como un elemento básico en las estrategias de salud para posibilitar el fortalecimiento de sus posibilidades técnicas, lo que no permite alcanzar una contribución más efectiva en el desarrollo y materialización del concepto “una sola salud” en la comunidad.
3. Las relaciones intersectoriales y multidisciplinarias de las ciencias médicas y veterinarias aún no alcanzan los niveles requeridos en interés de incrementar y perfeccionar el bienestar de la población en general, la calidad de vida e incorporación a las actividades socioeconómicas que requieren las personas de la tercera edad, así como la atención médica diferenciada que requieren pacientes con afecciones especiales, que demandan de la utilización de algunas especies de animales (equinos, caninos, delfines u otras) como parte de su recuperación o rehabilitación.
4. Los niveles actuales de capacitación y preparación de la población resultan insuficientes en cuanto a lo relacionado con el bienestar animal (de las diferentes especies), educación sanitaria, conducta en sus relaciones con ellos y las medidas para prevenir infecciones de carácter zoonótico, lo que evidencia la necesidad de brindar una mayor atención y desarrollar programas por parte de los sectores de la salud pública, la medicina veterinaria, otras profesiones afines y demás integrantes de la sociedad civil para compensar ese déficit existente y el interés de que en la comunidad se logre una participación más activa en la reducción de los factores que originan las vulnerabilidades presentes.

## Bibliografía

- Brown, C. (2004): Emerging zoonoses and pathogens of public health significance – an overview. *Rev Sci Tech Off Int Epiz* 23 (2): 435-42.
- Castell-Florit, P. (2008): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castro, A. (2007): Enfermedades Transmitidas por Alimentos y su Prevención. Cuba: MINSAP-UNICEF.
- Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (2002): Reglamento para la Compatibilización del desarrollo Económico-Social del País con los Intereses de la Defensa. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Decreto No 262 / 1999.
- Papel de la Medicina Veterinaria en situaciones de desastres (1995): La Habana, Ed. Félix Varela.
- Chávez, P., A. Fernández, y J. Álvarez (1999): Manual de Procedimientos Veterinarios para situaciones de Desastres Hidrometeorológicos. La Habana, INHEM.
- Chávez, P. R. (2008). La Medicina Veterinaria en el Sistema de Defensa Civil de Cuba. La Habana: Defensa Civil.
- Chávez, P., A. Fernández, A. Rodríguez, y G. Mesa (2009): Procedimiento metodológico para la realización de los estudios de riesgo y planes de reducción de desastres de origen sanitario que pueden afectar a la salud pública. En *Curso-Taller "La Intersectorialidad en la Práctica Social"*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (1993): La Medicina Veterinaria. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Decreto –Ley 137.
- Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros (1997): Defensa Civil de Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Decreto Ley 170, 19 de mayo.
- Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil (2002): Resolución No 7 del Jefe del Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil para el establecimiento del Aseguramiento Veterinario de las medidas de defensa civil. La Habana, EMNDC.
- Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil (2005): Directiva No 1/05 del Vicepresidente del Consejo de Defensa Nacional para la Planificación, Organización y Preparación del país para situaciones de Desastres. La Habana, EMNDC.
- Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil (2007): Guía para la realización de los Estudios de Riesgo por Zoonosis. La Habana, EMNDC.
- Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil (2008 a): Compendio sobre El Sistema de Defensa Civil de Cuba. La Habana, EMNDC.
- Estado Mayor Nacional de la Defensa Civil. (2008 b): Cuba: Paradigma en la Reducción de Riesgo de Desastres. La Habana, EMNDC.
- Kouba, V. (1987): *Epizootiología General*. La Habana, Pueblo y Educación.
- Martínez Calvo, S. (2004): *Análisis de Situación de Salud*. La Habana, Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública (2007): *Manual del enfrentamiento a la pandemia de Influenza Aviar*. La Habana, MINSAP.
- Navarro, V.R. (2007): *Manual para la Preparación Comunitaria en Situaciones de Desastres*. Cienfuegos, Cuba, Damují.



- Organización Mundial de la salud (1999): Salud Pública Veterinaria y control de zoonosis en países en desarrollo. Resumen de comentario y discusiones de la Conferencia Electrónica. Ginebra, OMS.
- Organización Panamericana de la salud (2000): La Salud y el Ambiente en el Desarrollo Sostenible. Washington DC: OPS. Publicación Científica N0 572.
- Organización Panamericana de La salud (2001): Zoonosis y Enfermedades Transmisibles Comunes al hombre y los animales (3ra. Ed.). Washington DC: OPS. Publicación Científica y Técnica No 580.
- Santos, Pelayo U. (2008): Zooantroponosis. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Vallat, B. (2007): Papel de los Servicios Veterinarios en la Prevención, detección y control de las enfermedades animales, incluidas las zoonosis, en el contexto actual y futuro. Rev Cub Cient Vet, 30 (2): 10-14.

# La intersectorialidad y el uso de las tecnologías para la salud

MsC. María Vidal Ledo y Dr Cs. Pastor Castell-Florit Serrate

## Introducción

La intersectorialidad es el conjunto de acciones de actores involucrados para el logro de un objetivo común a partir de sus competencias y responsabilidades específicas, en la salud pública cubana se conceptualiza como “la intervención coordinada de instituciones representativas por más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar un problema vinculado con la salud, su bienestar y calidad de vida” (Castell-Florit, 2007, 2008a, 2008b), lo que debe ser una responsabilidad y práctica social de todos los sectores socioeconómicos, que incluyen entre sus objetivos y funciones relacionales su aporte y contribución a lograr mayor bienestar y calidad de vida de la población.

El Sistema Nacional de Salud, considerado como uno de los más complejos socialmente, es rector del proceso de intersectorialidad en la salud y convoca a los diferentes sectores socioeconómicos y comunitarios en función del alcance de los objetivos, metas y acciones que correspondan.

La comunicación e interacción informativa necesaria para concertación de acciones y actividades, generalmente se establece a través de las relaciones de trabajo entre los representantes de estas instituciones y organizaciones, y constituye una red de personas o comunidades de práctica, que frecuentemente se agrupan, como pudiera ser en el caso de Cuba, en el consejo de salud (Castell-Florit,

2008a, Castell-Florit, 2008b), los que se constituyen desde el consejo popular hasta el nivel nacional; o mediante las relaciones bilaterales entre organismos, organizaciones y participación comunitaria.

Esta información que se intercambia habitualmente es estratégica, táctica u operativa y requiere ser sistematizada en función de los intereses que se comparten; de ahí que se puede definir a estos sistemas de información, como un “conjunto organizado de elementos, que pueden ser personas, datos, actividades o recursos materiales en general, entre los que se encuentran los informáticos, que interactúan para procesar los datos y la información con el fin de distribuirla” (AMIA 10 x 10, 2009) de la manera más adecuada en función de los objetivos que se trazan en el contexto social en que operan, se difunde y utiliza.

Los sistemas de información en salud y las tecnologías para su flujo, procesamiento, utilización y difusión han acompañado al sistema nacional de salud desde su propia constitución, de acuerdo con las circunstancias y desarrollo del momento. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del pasado siglo, la convergencia tecnológica de las telecomunicaciones, la informática y la microelectrónica condicionan el surgimiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y propician el fortalecimiento de las infraestructuras tecnológicas que modifican los procesos básicos de comunicación e intercambio del conocimiento y favorecen un salto cualitativo en la cultura organizacional y de los individuos que facilita el desarrollo de las acciones de salud (Vidal Ledo, 2007a).

El sistema de salud cubano, en su estrategia de informatización de los servicios de salud, contempla la intersectorialidad como parte de este y se suscribe al Programa Rector de la Informatización de la Sociedad que se definió como el “proceso de utilización ordenada y masiva de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) para satisfacer las necesidades de información y conocimiento de todas las personas y esferas de la sociedad” (MINREX, 2008; MIC, 2009; Rev. Bohemia, 2009), con ello se busca impulsar en todos los sectores el uso intensivo de la tecnología en función de las estrategias globales y particulares de desarrollo.

En la actualidad el país cuenta ya con una estructura central (*backbone*) de fibra óptica que alcanza a todas las provincias y continúa su desarrollo con lazos redundantes que elevan su robustez y

avanza paulatinamente en la capilarización hacia los municipios, lo que garantiza la conectividad de todos los municipios del país, ello favorece el intercambio y flujo de conocimiento entre los actores de diferentes sectores, en función de la salud a través de la utilización de redes privadas virtuales sobre la red pública, puntos comunes de acceso territorial, centros de datos y otros (MINREX, 2008; MIC, 2009; Rev. Bohemia, 2009).

En el Programa de Informatización del Sector de la Salud se cuenta con proyectos verticales y horizontales de desarrollo y forma parte del programa general de informatización territorial (Delgado Ramos y Vidal Ledo, 2006, Vidal Ledo, 2007a, Delgado Ramos et al., 2009), de esta manera garantiza la infraestructura para el intercambio de la información y conocimiento intersectorial en la toma de decisiones para los asuntos de salud y contribuye al desarrollo de las actividades de otros sectores y la población en general.

## **Estrategia de informatización del sector de la salud**

Los programas de informatización en la salud pública, son abordados por etapas y para su desarrollo se tiene en cuenta como primer punto la integración de todas las aplicaciones informáticas en red, aspecto este que garantiza la consistencia, no duplicidad, oportunidad y precisión de la información, lo que asegura que cada sistema creado no se convierta en una isla de información con utilidad y beneficios muy limitados, sino que esté disponible para el usuario autorizado; al contar con la integración de los datos generados en los distintos niveles de salud donde puede ser atendido un paciente. De esta forma, se optimiza la calidad asistencial ofrecida, y facilita las funciones del personal de la salud al colaborar con la gestión administrativa, asistencial, docente y de investigación. Es esta integración la que permite hablar de informatización en el sector de la salud pública, no de proyectos aislados (Vidal Ledo, 2007a, Delgado Ramos et al., 2009a), unido a esto, el empleo de plataformas tecnológicas en red para el trabajo colaborativo brinda mayores posibilidades de intercambio efectivo en los procesos de toma de decisiones.

De esta manera todos los productos y servicios se integrarán a la ciberinfraestructura del sector y se realizarán en lo fundamental

sobre sistemas abiertos, arquitectura orientada a los servicios, utilizando software libre y basadas en componentes modulares, estables y estandarizados, que compartan normas y cooperen entre sí e interactúen de manera armónica intrasectorialmente y extra-sectorialmente.

Las plataformas tecnológicas existentes hoy en día para el desarrollo de sistemas en red, que facilitan el trabajo colaborativo conforman las intranets institucionales y corporativas que permiten la infraestructura requerida para el flujo e intercambio de información y conocimiento que propicia una toma de decisiones sobre la salud más rápida y oportuna. De esta forma se pueden identificar diferentes estrategias externas e internas que satisfacen los objetivos informativos.

Las estrategias “hacia fuera o externas” dan respuesta al proyecto de informatización de la administración y gobierno y se encaminan a los procesos y relaciones intersectoriales locales y globales, sobre proyectos y objetivos en que la información interactúa de forma catalizadora y modificadora en las estructuras del conocimiento y el proceso de comunicación social que se manifiesta en los sectores en relación con la salud (Vidal Ledo, 2007b). Las estrategias “hacia adentro o internas” corresponden al proceso del Ministerio de Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud en sus relaciones entre las instituciones de diferentes niveles de atención y en las específicas de cada una de las instituciones.

## **Estrategias tecnológicas externas**

Las estrategias tecnológicas externas tienen el objetivo de brindar el flujo informativo entre diferentes sectores que permitan una interacción en decisiones y acciones más rápidas, oportunas y de mayor calidad. Como ejemplo de ellas puede señalarse:

El Portal del Ciudadano (Dirección de Informatización del MIC, 2002), donde se implementan las bases de datos para la información sobre la vivienda y el fondo habitacional, todos los servicios de la atención de salud, las actividades de correos y comunicaciones, de comercio interior, seguridad social, registro civil, de la propiedad y poblacional, entre otros.

Ello garantiza, por ejemplo que, al registrarse un hecho vital, ya sea nacimiento o defunción en una institución de salud, quede regis-

trado en el portal del ciudadano y en consecuencia se tomarán las acciones y se realizarán los trámites correspondientes a la vivienda, registro de alimentación, comunicación a su área de salud, pensiones, registro civil, etc. De igual forma ocurrirá cuando se emite un certificado o dieta médica, que afecta la seguridad social o la alimentación del individuo, o que una gestante reciba los servicios médicos y su dieta alimentaria, a partir de una gestión automatizada única en la que se entroncan 2 subsistemas: salud y comercio interior, también se trabaja en la tarjeta de identificación impresa del Portal del Ciudadano que contiene datos básicos; datos vitales de historia clínica; datos sobre contratos de servicios (gas, agua, etc.); datos de licencia de conducción, etc.



Otro ejemplo, sin duda lo es el *Sistema de Información Georreferenciado* (Cuellar Luna et al., 2009) , al que tributan las bases de datos sectoriales de cartografía y catastro, servicios de acueductos, comunales, urbanística, salud, comercio y otros, que en la medida que se completan y mantengan actualizadas, ofrecerá mayor precisión de información sobre la situación higiénica, la disposición de desechos sólidos y líquidos, sistema de acueductos, brotes epidémicos y otras vulnerabilidades físicas, ambientales y de riesgo para la salud, que facilitarán y harán mas fiables la toma de decisiones en las situaciones concretas.



## Estrategias tecnológicas internas

Las estrategias tecnológicas internas del sistema de salud, son intrasectoriales e institucionales y tienen el objetivo de garantizar el flujo informativo e intercambio entre los diferentes niveles de atención en salud a través de la intranet de la salud, donde existen aplicaciones específicas para ello, que se deben incrementar y con ella el intercambio entre las instituciones de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

El Registro Informatizado de Salud (RIS) (Delgado Ramos et al. 2009b), es un ejemplo de sistema informático para el trabajo en red que brinda a los directivos, profesionales y técnicos de la salud información sobre los recursos de salud y posee varios módulos que interoperan entre sí, así como un sistema de búsqueda y recuperación de información amplio y flexible que permite entrecruzar variables de diferentes módulos en tablas. La información es introducida por cada una de las instituciones y puede ser resumida en tablas por diferentes niveles de agregación, de manera que oferte la información requerida en la toma de decisiones del nivel que corresponda.



El módulo de Registro de Unidades, examina los tipos de instituciones según niveles de atención, tipo de unidad, localización, especialización, características que identifican el servicio que presta, clasificación docente e investigativa, entre otras.

El módulo de Registro de Profesionales y personal de la salud, inscribe a todos los trabajadores de la salud, según categoría ocupacional, docente, investigativa y de especialidad, año de graduación y otras características que identifican los niveles de acción de los recursos humanos que trabajan en la salud.

El Registro de equipos médicos y no médicos, permite ubicar el lugar o la institución en que se encuentra cada equipo médico y no médico, su denominación, marca, modelo, serie del equipo, estado técnico, calendario de mantenimiento programado, entre otras particularidades que permiten disponer de la información actualizada desde el nivel de institución, territorio y niveles de dirección.

El Registro de Ubicación Geográfica, que mantiene actualizado según provincias, municipios, localidades, calles, manzanas los servicios y áreas de salud y se vincula al Registro de Población.



En los servicios de salud, se están implantando otros sistemas informáticos, que interoperan con los anteriores, como pueden ser los registros de Problemas de Salud de la Atención Primaria, que clasifica los problemas y morbilidad atendida en la atención primaria de salud, el de Enfermedades de Declaración Obligatoria, Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, que se vincula con los registros de mortalidad, egresos hospitalarios y otros asistenciales y gestionan a través de la estructura de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Derivet Theaureaux et col. 2007) las búsquedas dinámicas de acuerdo con criterios seleccionados por el usuario mediante un lenguaje unificado y estándar para obtener información sobre la morbilidad y la mortalidad del país, por barrios y localidades que contribuyen a la vigilancia y otras acciones de prevención y preservación de la salud

En las instituciones asistenciales se implantan, además, aplicaciones específicas para un mejor control administrativo en la gestión propia y que interactúan con los más generales, como son los sistemas de gestión hospitalaria, vinculados a los sistemas de registro y atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios, farmacia, medios auxiliares de diagnóstico en laboratorios y tratamiento de imágenes, que facilitan una atención racional, de calidad y efectiva al paciente. De igual forma se trabaja en otras instituciones especializadas como son bancos de sangre, laboratorios de referencia microbiológicos y otros.

Estos ejemplos sencillos y particulares dan una visión de la importancia que tienen las tecnologías en los procesos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, así como, se convierten en el escenario virtual idóneo para la concertación de acciones con otras instituciones de salud, otros sectores y comunidades que intervienen en los procesos para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida, se convierten en herramientas que permiten un análisis más rápido, veraz y efectivo de la situación de salud en todos los niveles.

## **Red telemática de la salud, Infomed. Soporte tecnológico nacional para la salud**

La red telemática de la salud, Infomed, constituye la intranet de la salud pública cubana, en ella se soportan las aplicaciones generales

para el trabajo en red. Comenzó a desarrollarse a partir de 1994 y ya cuenta con un importante número de sitios y/o programas de las instituciones y ciencias de la salud pública cubana y mantiene enlace con numerosos portales nacionales e internacionales. Es la red de personas e instituciones que comparten el propósito de facilitar el acceso a la información y el conocimiento para mejorar la salud de los cubanos y de otros pueblos del mundo, mediante el uso intensivo y creativo de las tecnologías de la información y la comunicación (Infomed, 2009).

Su objetivo es fortalecer las ciencias de la salud y especialmente dar acceso a la información científica producida en Cuba en esta esfera y cuenta para ello con la Biblioteca Virtual de Salud de Cuba, la Universidad Virtual de la Salud como un entorno de enseñanza aprendizaje, donde existen numerosos recursos educativos y de información, más de 50 redes de especialidades médicas y numerosos servicios de valor agregado sobre temas de la salud (Infomed, 2009), para el intercambio de información y conocimiento intrasectorial y extrasectorial.

Este portal de la salud cubana garantiza la visibilidad en Internet del Sistema Nacional de Salud y su interacción e intercambio con otros sistemas sanitarios de la región y el mundo. Su conectividad, infraestructura y servicios desde el punto de vista telemático se sustentan en la red nacional de datos, como parte de la infraestructura que ofrece el proyecto de informatización de la sociedad cubana.

En esta breve y parcializada panorámica puede apreciarse la importancia del uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en todos los procesos de la salud. En la medida en que estas tecnologías se utilicen e incorporen a todas las esferas de la vida, se adquiera cultura de uso y se consolide la infraestructura tecnológica y de comunicación, se harán más imprescindibles en el quehacer cotidiano y constituirán la infraestructura de intercambio colaborativo para lograr mayor eficiencia y eficacia en las acciones de salud que garantizan comunidades más saludables.

## **Consideraciones finales**

- El trabajo intersectorial requiere de un intercambio de información fluido de todos los actores que lo integran para una

efectiva toma de decisión en el mejoramiento de la salud de la población.

- Una estrategia de trabajo intersectorial, que integre las tecnologías de la información y las comunicaciones y el trabajo en red, propician una interacción en decisiones y acciones más rápidas, oportunas y eficaces.
- El desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones, posibilitan universalizar las acciones intersectoriales con mayor dinamismo y prontitud.
- El trabajo en red y el uso de plataformas tecnológicas de trabajo colaborativo facilitan los procesos de conciliación, intercambio y toma de decisiones intersectoriales, independientemente de la distancia y el tiempo.
- La integración de todas las aplicaciones informáticas en red, garantiza la consistencia, no duplicidad, oportunidad y precisión de la información requerida en los procesos intersectoriales.
- La informatización del sector de la salud, contempla entre sus prioridades la integración de sistemas en red que apoyen el trabajo intersectorial y el desarrollo de estrategias que dan respuesta a los procesos y relaciones intersectoriales locales y globales de la administración y el gobierno en beneficio de la salud de la población, así como, a las relaciones intrasectoriales entre los diferentes niveles de atención e instituciones de salud que garanticen la eficacia y calidad de los servicios de salud.

## Bibliografía

- AMIA 10 x 10 (2009): Los Sistemas de Información en Salud. Curso Universitario. Introducción a la informática Biomédica. Sistemas de Información en los Sistemas de Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires. Asociación de Informática Médica de Argentina (AMIA). Extraído el 17 Noviembre de 2009 desde <http://campus.hospitalitaliano.org.ar/file.php/1/imprimibles/2009/855.pdf>.
- Castell-Florit, P. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud*, 33(2). Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662007000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662007000200009&script=sci_arttext)
- Castell – Florit, P. (2008a): Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. Curso introductorio Dirección en Salud para profesores. *Infodir*, 20. Extraído el 16 de noviembre de 2009 desde Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=7591> y [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/20\\_intersectorialidad.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/20_intersectorialidad.doc)

- Castell – Florit Serrate, P. et al. (2008b). Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. *ACIMED*, 33(2). Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://www.bvs.sld.cu/libros/intersectorialidad\\_cuba/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros/intersectorialidad_cuba/indice_p.htm)
- Cuéllar Luna, L., M. Concepción Rojas, B. Ramírez, A. M. Álvarez Valdez y C. Díaz, (2009): Los sistemas de información geográfica y su empleo en un sistema de vigilancia integrado para la prevención del dengue en un municipio de ciudad de La Habana. *GeoFocus (Artículos)*, nº 9, 166-183. Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://geofocus.rediris.es/2009/Articulo8\\_2009.pdf](http://geofocus.rediris.es/2009/Articulo8_2009.pdf)
- Delgado Ramos, A. y M. Vidal Ledo (2006): *Informática en la salud pública cubana*. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3). Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300015&lng=es&nrm=iso) .
- Delgado A., M. Cabrera y A. Rodríguez (2009a): *Estrategia de informatización del sistema nacional de salud*. Ponencia presentada en el VIII Congreso Internacional de Informática en la Salud, La Habana. Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde: [http://informatica2009.sld.cu/Members/mirnacabrera/estrategia-de-informatizacion-del-sistema-nacional-de-salud/at\\_download/trabajo](http://informatica2009.sld.cu/Members/mirnacabrera/estrategia-de-informatizacion-del-sistema-nacional-de-salud/at_download/trabajo)
- Delgado Ramos, A., M. Cabrera Hernández, A. Sánchez Rodríguez, A. Rodríguez Díaz, (2009b): *Registro Informatizado de Salud (RIS)* Ponencia presentada en el VIII Congreso de Informática en Salud. La Habana. Extraído el 15 de diciembre de 2009 desde <http://informatica2009.sld.cu/Members/mirnacabrera/registro-informatizado-de-salud-ris-1/>
- Derivet Thureauaux, D., A. Delgado Ramos, M. Cabrera Hernández, M. E. Marín Díaz, et al. (2007): *Aplicación informática para el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en el Sistema Nacional de Salud*. *Rev. Cubana de Informática Médica*, 3 año 7. Extraído el 15 de diciembre de 2009 [http://www.cecarn.sld.cu/pages/rcim/revista\\_14/articulos\\_htm/aplicacion.htm](http://www.cecarn.sld.cu/pages/rcim/revista_14/articulos_htm/aplicacion.htm)
- Dirección de Informatización del Ministerio de la Informática y las Copmunicaciones. (2002): *Situación Actual y Perspectivas en la Informatización de la Sociedad en Cuba*. Trabajo presentado en Reunión de Consulta “Retos y Oportunidades de la Sociedad de la Información, Tegucigalpa. Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [www.hondutel.hn/presentaciones/infosoc.ppt](http://www.hondutel.hn/presentaciones/infosoc.ppt).
- Infomed. (2009). *Acerca de*. [portal de Internet]. Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde <http://www.sld.cu/acerca/acercade.html>
- Ministerio de la Informática y las Comunicaciones. (2009): *Informatización de la Sociedad*. [Sitio Web Infosoc]. Ministerio de la Informática y las Comunicaciones (MIC). Extraído el 11 de noviembre de 2009 desde <http://www.mic.gov.cu/hinfosoc.aspx>
- MINREX. (2008): *La informatización en Cuba*. [Sitio Web Cuba en la Cumbre de la Sociedad de la Información]. Extraído el 11 de noviembre de 2009 desde [http://www.cubaminrex.cu/Sociedad\\_Informacion/Cuba\\_SI/Informatizacion.htm](http://www.cubaminrex.cu/Sociedad_Informacion/Cuba_SI/Informatizacion.htm)
- Informatización de la Sociedad. Alpinismo digital*. (2009): Bohemia. Año 102, noviembre. Extraído el 11 Nov 2009 desde <http://www.bohemia.cu/2009/06/15/encuba/informatizacion-alpinismo-digital.html> .

- Vidal Ledo, M. (2007a). *Primera estrategia para la informatización del sector de la Salud Pública*. La Habana: Ciencias Médicas. Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://www.bvs.sld.cu/libros/prim\\_estrategia\\_inform/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros/prim_estrategia_inform/indice_p.htm)
- Vidal Ledo, M. (2007b): *Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud*. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 21(4). Extraído el 17 de noviembre de 2009 desde [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21\\_4\\_07/ems07407.html](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4_07/ems07407.html)

# **El hogar materno y la intersectorialidad como gestión de protección a la salud materno infantil**

Dra. María Cecilia Santana Espinosa  
Dra. María F. O'Farrill Fernández

## **Introducción**

El análisis de la situación de salud maternoinfantil a nivel global evidencia la existencia de desigualdad social, falta de cobertura y acceso a los servicios sanitarios, lo que provoca todos los años la muerte de más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con la maternidad y que 10 millones más de mujeres padezcan algún tipo de discapacidad reproductiva traducida en sufrimiento para ellas y sus familias. La mayoría de esas muertes y discapacidades son evitables si se cuenta con la decisión política del Estado traducida en estrategias sociales de protección al proceso de la maternidad, incluidas en ellas las condiciones de acceso al parto seguro, la atención prenatal, la cobertura ante emergencias obstétricas, la nutrición de mujeres, niñas y niños y la disponibilidad de servicios básicos de atención a la salud (OPS, 2008) (Veneran, 2008).

El sistema de protección social dirigido a la madre y el neonato reconoce al municipio como espacio preferencial para el desarrollo de su estrategia la que es convocada por el gobierno local, coordinada técnicamente por el sector salud y potencializada por la participa-

ción social e intersectorial. El hogar materno (HM), en el caso Cuba, resulta una herramienta esencial que favorece al binomio madre y neonato en su condición de centro comunitario que cumple la misión básica de alojamiento y atención integral a la gestante en riesgo, establece alianzas con la pareja, familia y comunidad, además de que promueve la participación social e intersectorial.

## **Participación intersectorial en beneficio del funcionamiento de los hogares maternos**

La mortalidad materna e infantil es un problema no resuelto en la mayoría de los países en desarrollo, se conoce que además de la falta de atención obstétrica, acceso al parto con atención calificada y a la emergencia obstétrica, existen situaciones no menos importantes que afectan a la mujer, entre los que se destacan el deficitario estado nutricional, la anemia, la pobreza y la desigualdad por género. La precaria salud de la madre aumenta la posibilidad de muerte del recién nacido, la muerte materna repercute directamente en la supervivencia infantil, existe coincidencia de que el lactante que pierde la madre en las primeras 6 semanas de la vida tiene alta probabilidad de morir antes de que cumpla los 2 años de edad (WHO/ Press, 2006) (UNICEF 2008).

De lo anterior se desprende que aunque el embarazo es un proceso fisiológico, no está libre de riesgos para la mujer y el neonato, este evento demanda de atención diferenciada para la embarazada por parte de su pareja, familia, comunidad, sector salud y la sociedad organizada por el gobierno local. La elaboración de estrategias anticipatorias al riesgo de la maternidad resulta prioridad en la agenda de las organizaciones internacionales que se desempeñan en el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en áreas relacionadas con la madre y el neonato (OMS, 2009).

La salud materno-infantil está directamente relacionada con el desarrollo de la sociedad e independientemente de la mejoría de los indicadores de salud a nivel macro resulta necesaria la identificación de brechas entre los territorios y hacia dentro de estos. El reconocimiento de determinantes sociales, tales como, pobreza, desigualdad e iniquidad en salud materna reclaman no solo de acciones aisladas, sino, de políticas públicas que definan la responsabilidad guberna-

mental, del sector salud y otros sectores en la solución de los problemas que aquejan a la mujer antes, durante y después del proceso de la maternidad y propician así la supervivencia y calidad de vida de la madre y el neonato (UNFPA, 2007) (López Pardo, C., 2007).

Las casas de maternidad son un mecanismo de protección a la madre, las cuales tienen antecedentes en todo el mundo, tal es el caso del profesor Adolphe Pinard que en el año 1891 creó en la capital francesa una casa hospedaje para que gestantes en desventaja social pasaran las últimas semanas del embarazo y llegaran a tiempo a la Clínica Baudelocque donde él y su equipo le realizarían el parto, otros centros de este tipo se reportan en Suecia y Estados Unidos de Norteamérica. El citado movimiento desapareció a finales del siglo XIX para reaparecer a mediados del siglo XX en esta ocasión en países en vías de desarrollo, fundamentalmente de África y América Latina (Delgado García, 2009).

Las casas de la maternidad, asumen diferentes nombres y estructuras en dependencia de las condiciones sociales económicas y culturales de cada país, aunque tienen en común la misión de brindar amparo a gestantes en riesgo y favorecer el parto con la atención calificada. El caso de Cuba tiene como antecedentes la Casa de Niños Expósitos o Casa Cuna (1711), seguida por la Real Casa de Beneficencia (1792) y posteriormente por la Real Casa de Maternidad y Beneficencia de La Habana (1852), ya en los años 40 del Siglo XX se reporta una sala con 4 camas ubicada en el hospital municipal de maternidad «América Arias» de La Habana que recibió el nombre de Hogar Materno (Delgado García, G., 2009)

El actual modelo de hogar materno (HM) en Cuba tuvo su origen en el año 1962 cuando el doctor Celestino Tomás Álvarez Lajonchere, responsable de Obstetricia y Ginecología del Ministerio de Salud Pública, motivado por la elevada incidencia de mortalidad materna e infantil en el país orientó a las autoridades sanitarias de los diferentes territorios la ejecución de acciones que elevaran la atención de la mujer durante la maternidad y el parto. En respuesta a este llamado el doctor Francisco Rojas Ochoa, en aquel entonces director de salud en el regional Camagüey coordinó con el gobierno local la creación de un alojamiento para gestantes procedentes de zonas geográficas de difícil acceso, que se ubicó en la casa de un rico hacendado que abandonó el país, dadas las características del local recibió el nom-



bre de Casa Bonita, surge así el HM como institución, que pudiera considerarse la primera manifestación de participación intersectorial en el tema (Rojas Ochoa, F, 2005).

La experiencia de ese primer HM se generalizó progresivamente, primero en la región oriental y posteriormente en todas las provincias del país, el número de unidades creció en correspondencia al nivel de desarrollo social, económico y cultural de la nación cubana y del sector salud. La evolución de los hogares maternos quedó evidenciada en el estudio testimonial promovido por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, coauspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y realizado por el doctor Gutiérrez Muñiz y colaboradores, como resultado de este se elaboró la serie cronológica del período 1962-1994 donde se registran 182 HM, de ellos 82 (45 %) ubicados en la región oriental. Al cierre del año 2008 el país registra un total de 335 HM con presencia en sus 169 municipios (Delgado García, 2009) (ONE, 1998) (ONE, 2008).

El HM en Cuba se caracteriza por el respeto a la cultura de la comunidad donde está enclavado, funciona como una casa de familia, con sistema abierto de visitas, atención prenatal completa y garantía de traslado oportuno de la mujer hasta el hospital donde se le realizará el parto. Las causas de internamiento de las gestantes en el HM se fueron modificando al ritmo del desarrollo social y del sector salud, ganando espacio aquellas relacionadas con afectaciones nutricionales, los cambios demográficos y el desplazamiento de la maternidad hacia edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35).

El propio crecimiento numérico del HM generó la necesidad de su perfeccionamiento, para ello la Dirección Maternoinfantil del Ministerio de Salud Pública elaboró en el año 2006 un documento metodológico para facilitar la uniformidad de las acciones con énfasis en la evaluación de la satisfacción de gestantes atendidas y el reforzamiento del enfoque de participación social e intersectorial; documento que se implementó y es seguido por las autoridades sanitarias de cada territorio, y resulta guía técnica de trabajo (MINSAP-UNICEF, 2006).

Esta institución comunitaria resulta un complejo funcional que asume actividades de atención prenatal, preparación psicofísica para el parto, capacitación de la mujer y su pareja en temas trascendenta-

les del embarazo, parto y cuidados del recién nacido, promueve actividades recreativas y culturales, todo ello demanda participación interdisciplinaria e intersectorial y requiere que el equipo del HM comparta su liderazgo con otros actores.

La participación social e intersectorial en beneficio de las gestantes con riesgo, asume al HM como escenario preferencial para el desarrollo de su estrategia. Un ejemplo de lo anterior se evidenció durante la crisis económica de los años 90, identificada por la población cubana como “período especial” en la cual indicadores tan sensibles como la mortalidad materna, infantil y el bajo peso al nacer no se deterioraron, en ello jugaron papel fundamental la intervención de la Asamblea Nacional del Poder Popular, el Consejo de Estado y el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros al convocar a las organizaciones sociales y sectores de la economía a unirse en función de preservar la salud de los grupos poblacionales de mayor riesgo dentro de los que se ubican las gestantes y los niños, se les solicitó propusieran las intervenciones que objetivamente estaban en condiciones de realizar, y se definieron las áreas de responsabilidad, lo que posibilitó su control y evaluación sistemática (Castell-Florit, 2007) (Castell-Florit, 2008), (Castell-Florit, 2009).

Un grupo de organismos y sectores de la economía mantienen estrecho vínculo con el HM en respuesta al análisis de la situación de salud maternoinfantil de cada municipio, además del sector salud, líder de la actividad, está el Gobierno y Asamblea Municipal del Poder Popular, la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), el Instituto Nacional de Deporte, Educación física y Recreación (INDER), Cultura y Comercio.

Organizaciones internacionales radicadas en Cuba también desarrollan acciones favorecedoras del HM, tal es el caso del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que desde un proyecto para el fortalecimiento de hogares maternos en las 5 provincias orientales del país, el que está enmarcado dentro del Programa de Desarrollo Humano a Nivel Local (PDHL) y en coordinación los gobiernos locales y sector salud contribuyen a la mejora continua de la salud y calidad de vida de gestantes socialmente en desventaja (PNUD 2003).

## Consideraciones finales

La creación de cada HM resulta un acto de participación intersectorial donde se conjugan decisión y esfuerzo de Gobierno local que garantiza inmueble, mobiliario no clínico y presupuesto y sector salud que asume mobiliario clínico, los recursos humanos técnicos de salud y fármacos.

- El HM resulta beneficiado por la estrategia del Consejo de Salud Municipal que en respuesta al análisis de la situación de salud maternoinfantil convoca a organismos y sectores para que mediante un plan de acción participen en la solución de los problemas diagnosticados.
- La Federación de Mujeres Cubanas (FMC), los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP) resultan las organizaciones de masas que mantienen vínculo permanente con el HM, para ello incluyen dentro de sus directrices actividades dirigidas a la solución de problemas de salud relacionados con gestantes en riesgo.
- La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) mediante el movimiento de brigadistas sanitarias conformado por mujeres que voluntariamente aceptan capacitarse en temas relacionados con los principales problemas de salud que afectan a la población residente en su área de influencia y que promueven estilos de vida saludables, se vinculan al HM para conocer de las preocupaciones de las gestantes atendidas por este centro, accionan en estos y las retroalimentan sistemáticamente contribuyendo así a la permanencia de estas en el centro.
- La Federación de Mujeres Cubanas (FMC) cuenta dentro de su potencial con las casas de atención a la mujer y la familia, institución que atiende las necesidades individuales y colectivas de mujeres, familias y comunidades en diversos temas, esta basa su funcionamiento en el principio de la intersectorialidad, pues los cursos y las consultas son asumidos por profesionales o instituciones que se brindan voluntariamente o mediante convenios de responsabilidad, también desarrollan actividades de capacitación en el HM dirigidas a gestantes, sus familias y al equipo de trabajo de este centro.

- Los CDR incluyen al inmueble del HM entre los objetivos de vigilancia permanente con fines de protección, además, movilizan a los miembros de la comunidad para la realización de trabajos voluntarios en función de la higienización y embellecimiento de esa institución y sus alrededores.
- La ANAP estableció convenio de trabajo con el sector salud para proteger nutricionalmente a gestantes residentes en zonas campesinas y en particular a aquellas atendidas en el HM mediante la entrega de leche fresca, frutas y vegetales, para que este esfuerzo cumpla realmente su objetivo, periódicamente el personal técnico del HM capacita en temas de nutrición a directivos de esa organización y a campesinos productores, además de concertar las entregas desde las necesidades nutricionales específicas de las gestantes.
- El Instituto Nacional de Deporte, Educación Física y Recreación (INDER) con la intervención de sus técnicos en cultura física, que en unión con el personal especializado del HM imparten el curso de preparación psicofísica para el parto a las gestantes internadas o en régimen semiinterno.
- El INDER elabora y ejecuta un plan de actividades recreativas para que las gestantes atendidas en el HM se mantengan activas y eleven su potencial físico e intelectual.
- El sector cultura previa coordinación con el equipo de trabajo del HM desarrolla actividades que promueven la cultura local y hacen más agradable la estancia de las gestantes, las actividades culturales son utilizadas como vehículo de promoción en salud en aspectos de higiene del embarazo, lactancia materna y cuidados del recién nacido, para el desarrollo de ese objetivo el sector de la cultura realiza diferentes intervenciones entre las que se encuentran la extensión bibliotecaria, las obras de teatro con artistas profesionales y participación de las propias gestantes asistidas por instructores de arte, presentaciones de grupos musicales, proyecciones de películas, entre otras manifestaciones artísticas.
- La Empresa de Comercio en coordinación con la administración del HM establece mecanismos que facilitan a las gestantes internadas que no cuentan con el apoyo familiar la compra de la canastilla por gestión institucional.

- El HM también ha contado con el acompañamiento de organismos internacionales, sobresale la participación de UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que como parte del Programa de Naciones Unidas, según políticas y criterios técnicos del Ministerio de Salud Pública, en este caso particular de la Dirección Maternoinfantil han realizado intervenciones dirigidas a elevar el confort, la capacitación y satisfacción de gestantes, familiares y equipo de trabajo de la institución.

## Bibliografía

- Veneran, A. M (2008): Mortalidad materna y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Progreso para la Infancia. Nueva York.
- Castell-Florit Serrate, P. (2007): La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit Serrate, P. (2008): Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit Serrate, P. (2009): Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba. La Habana, Ed. Ciencias Médicas.
- Delgado García, G. (2007): Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. Cuad Hist Salud Pública, No.101. Cuba.
- López Pardo, C. (2007): La medición del estado de salud de la población y su relación con los determinantes. Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 33 No. 1. Extraído el 22 de diciembre de 2009 desde: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Delgado García, G. (2007): Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. Cuad Hist Salud Pública, No.101. Cuba.
- MINSAP (1983): Programa de Atención Materno Infantil. Cuba. La Habana. Cuba. Autor.
- MINSAP-UNICEF (2006): Metodología para una acción integral "Hogar Materno". Cuba. Autor.
- OMS (2009): Programas hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Ginebra. Autor.
- OPS (2008): Esquema de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina. Washington, Autor.
- ONE (1998): Anuario Estadístico de Salud. La Habana. Cuba. Autor.
- ONE (2008): Anuario Estadístico de Salud. La Habana. Cuba. Autor.
- PNUD (2003): Programa de Desarrollo Local en Cuba. La Habana. Autor.
- Rojas Ochoa, F. (2005): Mis recuerdos del Profesor Lajonchere. Presentado en el Simposio Celestino Álvarez Lajonchere In Memoriam». Salud Sexual y Reproductiva. La Habana. Cuba.
- UNICEF (2008): Mortalidad materna: Un problema desatendido durante demasiado tiempo. Progreso para la Infancia. Nueva York: Autor.
- UNFPA (2007): Análisis de la Situación de Población América Latina y Caribe. Diversidad y Desigualdades. Nueva York: Autor.
- UNFPA (2009): Millennium Development goal 5. Improve Maternal Health. Extraído el 27 de octubre de 2009. desde: [http://www.unfpa.org/icpd/goals/goal\\_5.htm](http://www.unfpa.org/icpd/goals/goal_5.htm).
- WHO/Press (2006): Oficina Regional de África de la OMS. The Health of the People: The Afrechan regional health report. Ginebra. Autor.

# **El enfoque intersectorial y el empleo de la mercadotecnia como herramienta gerencial**

Dra. C. Nery Suárez Lugo

## **El enfoque intersectorial**

Dada la complejidad de los problemas de salud, resulta difícil identificar y definir las fronteras de dónde comienzan y dónde terminan los actuales problemas que enfrenta la salud, tanto en su origen o causa, como en la forma de poder resolverlos. El denominado sector salud tiene la encomienda social de propiciar el bienestar físico, psíquico y social del hombre, no obstante, si bien existe consenso en cuanto al rol curativo, no siempre se encuentra claridad en lo relacionado con la responsabilidad en la definición de políticas públicas que tributen a la salud y menos aún, de la puesta en práctica y control de estas.

La salud, por tanto, es considerada como un producto social, de ahí que las políticas públicas a las que se hacen referencia, requieran de una respuesta social organizada, que coordinada por el sector salud, permita obtener el nivel de sinergia derivado de la integralidad de las acciones e intervenciones, para poder lograr la solución de ellos de forma adecuada.

El doctor Pastor Castell Florit señala en su tesis doctoral en ciencias de la salud, las dificultades que se presentan en la práctica, derivadas de las contradicciones entre intereses, poderes, puntos de vistas, políticas, grupos sociales y necesidades de los diferentes actores

sociales que intervienen en el proceso para lograr la integralidad de los sectores en función de la salud antes planteada y que se ha denominado intersectorialidad (Castell-Florit, P., 2007).

En el presente capítulo se valoran las potencialidades de unir al enfoque intersectorial la mercadotecnia como herramienta gerencial para propiciarlo.

La intersectorialidad, se conceptualiza como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (Castell-Florit, P., 2008).

A través del enfoque intersectorial se pretende lograr la respuesta social organizada de diferentes sectores de la sociedad en función de la salud. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones, que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales, debidamente concertadas, se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

A la experiencia que se posee en Cuba en el orden local, se puede unir la de otros países como Argentina, Bélgica, Guatemala, Panamá y Venezuela, en las cuales se pueden identificar problemas de salud que solo pueden ser abordados con enfoque intersectorial, ya sea por los cuantiosos recursos que se requieren, como por el hecho de que las intervenciones a realizar no resultan de la competencia del sector salud.

La revisión de la literatura en relación con problemas que se confrontan en la actualidad que afectan la salud de la población, pone de manifiesto la importancia de lograr la concertación de otros sectores para poder darle solución. Son algunos de ellos los relacionados con la cultura sanitaria, tanto la deficiente información de la población como la falta de preparación de líderes sociales y comunitarios, a los que se asocia la presencia de comportamientos que no tributan a la salud, tales como inadecuado balance energético en la alimentación de grupos de población, práctica sexual insegura, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Otros están asociados a insuficiencias en abastecimientos básicos para la vida como es el abasto y calidad del agua de consumo,

presencia de microvertederos y escombros, contaminantes del medio ambiente y, en el orden social, aquellos relacionados con la marginalidad, tales como, la delincuencia y violencia y otros como insuficiente atención al anciano, alto número de divorcios y madres solteras, por citar los más comunes y relevantes.

Al analizar los factores influyentes y/o determinantes en la salud, bienestar y calidad de vida, Castell-Florit considera que se aprecian como acciones concretas la participación de instituciones y organizaciones diversas que pueden contribuir a su solución, orientados y coordinados por el sector salud que por ello no deja de tener una responsabilidad directa, si bien no en su solución, sí en el proceso de concientización, concertación y negociación (Castell-Florit, P., 2007).

Es justo en este punto en el que es importante detenerse con posterioridad para analizar como la mercadotecnia, como tecnología, puede contribuir a que la intersectorialidad se posicione, tanto en el sector salud como coordinador de las acciones, como en los sectores involucrados y desde otra perspectiva, como las estrategias de mercadotecnia siempre toman en cuenta el papel del medio donde se encuentran los aliados, para incorporarlos a las acciones a realizar para lograr la finalidad y propósito que se persigue.

Otros problemas son los relacionados con incompetencias profesionales del sector salud y otros sectores por insuficiente motivación y comprensión de la salud como producto social y su relación con el bienestar y la calidad de vida, a lo que la mercadotecnia también puede contribuir cuando se incluye en los procesos capacitantes de los profesionales y gerentes sanitarios.

Este enfoque, que generalmente se encuentra en la literatura reducido al ámbito nacional o local (Castell-Florit, P., 2009) según criterio y experiencias de la autora, puede ser extrapolado a las estrategias que tienen un enfoque global para lograr la acción organizada a partir de políticas públicas en función de la salud, lo que se manifiesta de manera evidente en lo referente a los programas de prevención y control del VIH/SIDA y tabaquismo a nivel internacional (Suárez, N., 2005).

La participación de todos los sectores de la sociedad en la salud se hace necesaria a nivel global, ya sea creando alianzas, propiciando y fortaleciendo la solidaridad entre las naciones y nuevos actores sociales en función de la salud, dada la complejidad que reviste la



dimensión social que lleva implícita y su carácter universal. (Suárez, N., 2002).

Si se continúa la revisión de la literatura, se puede encontrar que existe consenso y conciencia de la necesidad de la acción intersectorial, para poder realizar el manejo y solución de los problemas relacionados con la salud, pero en su gran mayoría no trascienden del discurso y la conceptualización a la realidad, son ejemplos excepcionales aquellos en que los problemas presentan magnitudes tales que llegan a lo social, económico y político, de tal forma que se produce una participación con carácter de obligatoriedad que no constituye la esencia de lo que quiere lograrse.

En el ya citado trabajo de tesis doctoral (Castell-Florit, P., 2007) denomina ese tipo de participación como inducida y ejemplifica con momentos en que en Cuba se ha puesto de manifiesto esa forma de participación intersectorial.

Pero el concepto actual de salud (Rojas, F., 2003), no permite que se actúe en el marco estrecho de las instituciones sanitarias, sino que se extienda a todos los actores sociales que de una forma u otra deben participar para lograr el bienestar de la sociedad. Si bien en el contexto cubano hay total consenso de las responsabilidades que cada sector tiene en relación con la salud, la práctica aún no transita aparejada al discurso, al menos en la medida que resulta necesario.

Para que sea real esa participación, hay que lograr también que los sectores sientan como suya la tarea, que no se logra cuando el sector salud asume un papel rector y no coordinador, por lo que resulta importante dotar a los directivos de las tecnologías gerenciales que lo faciliten, desarrollando habilidades para involucrar a todos en función del bienestar de la población de una forma verdaderamente participativa, consciente, con enfoque prospectivo y no inducida ante la solución de los problemas, que muchas veces, son el resultado de la no existencia de un trabajo intersectorial.

No se puede confundir la intersectorialidad con la participación aislada, espontánea y puntual que pueden tener determinados actores ante una situación particular. La intersectorialidad es un proceder organizado y sistemático con un enfoque preventivo y no solo enfocado a la solución de problemas. (Castell-Florit, P., 2007).

Pero el enfoque intersectorial se sustenta en un elemento esencial y es precisamente que el propio sector salud tome conciencia del

papel que le corresponde en lograr involucrar a otros sectores y actores en la promoción de salud, como una de las funciones de la salud pública, propiciando su protagonismo, precisamente a partir de lograr que otros participen en función de obtener el bienestar de la población y la mejora de sus condiciones de vida.

Lograr que la intersectorialidad cumpla el papel que le corresponde en función de la salud pública a nivel mundial, constituye en la actualidad el empeño de organismos internacionales, dado que los problemas que presentan requieren una respuesta global y a la vez integrada.

## **Mercadotecnia en función de la intersectorialidad**

La mercadotecnia, como tecnología, puede contribuir a que la intersectorialidad se posicione, tanto en el sector salud como coordinador de las acciones, como en los sectores involucrados. Sin embargo, aunque la idea se puede considerar que prevalece, al menos en los profesionales y gerentes sanitarios, ya se ha puesto de manifiesto la falta de coherencia entre el discurso y la práctica (Suárez, N., 2007).

Si se detiene la mirada en el propio sector salud, uno de los elementos que pueden resultar no favorecedores a propiciar la participación real, está dado por sentir que pueden perder espacio y autoridad, entre otros. Algo muy similar ha sucedido con la pérdida de hegemonía en la relación médico-paciente cuando se eleva el nivel de conocimientos de estos últimos y comienzan a jugar un papel activo y no pasivo como sucediera con anterioridad. Aunque no es menos cierto que son los propios profesionales sanitarios los que trabajan en función de la promoción de salud, cuando los pacientes participan de forma activa en relación con su salud, perciben una disminución de su estatus cuando debieran verlo como el resultado del avance de la salud pública.

Algo muy similar ocurre cuando otros sectores, derivado del trabajo realizado en función de lograr el enfoque intersectorial, comienzan a empoderarse en su papel de actores en función de la salud. En ocasiones se presentan actitudes negativas en las autoridades sanitarias para hacer prevalecer una total autoridad, sobre todo lo rela-

cionado con la salud y el bienestar de la población, aunque de hecho se conoce, que si el sector salud asume solo esa responsabilidad, su acción se va a centrar en curar y no en prevenir la enfermedad.

Por tanto, una estrategia para lograr la intersectorialidad puede emplear el enfoque de mercadotecnia en cuanto a obtener el posicionamiento de la idea y la práctica que la salud es una responsabilidad social y por tanto le corresponde velar por ella al sector como tal, pero a la vez, involucrar a todas las partes. Para lograrlo, debe hacer uso también de la abogacía, como espacio en el que se persuade y se hace ver el papel que cada cual tiene que jugar para lograr el propósito deseado.

El tránsito del enfoque biologicista al social en salud lleva aparejado un cambio en la forma de pensar y actuar, que como todo cambio de ideas y comportamientos, requiere de tiempo para poder solidificarse y a lo que puede contribuir el enfoque de mercadotecnia como estrategia que permita facilitar tal proceso.

Este enfoque de la salud desde la perspectiva social, conlleva a la vez a priorizar la concepción de promoción de salud que hace que lleguen más allá del énfasis sobre estrategias centradas en el estilo de vida individual, para ampliar las estrategias sociales y políticas y en esa misma medida se hace evidente la importancia de trascender a otros sectores y actores sociales (González, U., 2002).

Dentro de las actuales políticas de salud que se plantean mundialmente, la promoción de salud constituye un aspecto de gran importancia, ya que sienta las bases de la necesidad de la intersectorialidad. Cinco líneas en la estrategia trazada en la Carta de Ottawa la caracterizan y en todas pueden encontrarse las razones de ello:

- Formulación de políticas públicas saludables.
- Creación de ambientes propicios.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de aptitudes y actitudes personales.
- Reorientación de los servicios de salud.

Todos estos lineamientos implican un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional, ya que hay que ver la salud como el resultado de la acción de todos los factores que se relacionan

con ella y no como algo que puede lograr solo desde el sector salud en particular (Castell-Florit, P., 2008).

La intersectorialidad se presenta como solución y problema, por consiguiente, la primera tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, pues solo de esta forma, podrá lograr las transformaciones que se requieren en la manera de abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población. Para poder cumplimentar exitosamente esta primera tarea, la mercadotecnia se une, con un papel preponderante, a las estrategias gerenciales que permiten lograrlo.

De los 3 factores que condicionan la intersectorialidad, determinantes, condicionantes y desencadenantes (Castell-Florit, P., 2007) la mercadotecnia permite actuar sobre los 2 primeros para tornarlos favorecedores y a la vez propiciar que los desencadenantes jueguen un papel preponderante en la estrategia trazada para lograr el posicionamiento de este enfoque. La mercadotecnia social aplicada a la salud se considera, por tanto, entre las tecnologías gerenciales que constituyen por sí factores desencadenantes del enfoque intersectorial.

La mercadotecnia, como estrategia de cambio, analiza el papel preponderante del ambiente, tanto político como social y económico y por tanto hace mirar, de manera obligada, fuera de la institución sanitaria para la explicación, análisis y solución de los problemas y en esta misma medida hace ver el papel que juegan otros sectores en cada uno de estos momentos.

También lleva a pensar en la necesidad de considerar los aliados y los opositores, en valorar las fortalezas y dificultades, en las oportunidades y amenazas y por consiguiente, trabajar en la elaboración de una estrategia que permita conjugar el medio y los individuos en armonía con el comportamiento que tribute a la salud y el bienestar.

En un artículo publicado sobre el tema del tabaco y la salud, se señala el hecho que inclinar la balanza en una u otra dirección constituye una decisión de la sociedad, en tanto depende de políticas públicas, de posiciones de gobierno, sectores sociales y económicos. En este análisis se puede ver también cómo la toma de decisiones en relación con la salud puede ser analizada desde la perspectiva integral que ofrece la intersectorialidad, lo que, en muchas ocasiones, se evidencia como no conocido u olvidado (Suárez, N., 2004).

Pero otros temas tan importantes para la salud como el caso de la ITS y el SIDA no están ajenos a este fenómeno y sus soluciones no se centran en el sector salud. Es interesante recordar el importante papel de la iglesia católica en relación con la oposición al uso del condón, mientras se conoce lo difícil que resulta lograr, por no decir imposible, que la abstinencia sexual y la fidelidad constituyan la base en la que se sustente un programa de prevención y control de esas enfermedades (Suárez, N., 2004).

Desde la perspectiva del enfoque de mercadotecnia, propiciar cambios de comportamiento al lograr el cumplimiento con medidas de carácter obligatorio, constituye también una forma de obtener las modificaciones. En este caso no transita de la concientización a la identificación y de ahí a la internalización de los comportamientos que resulta la vía más efectiva en lo que respecta a la sostenibilidad, pero por ello no se descarta como una forma de lograr la concientización en sentido inverso, ya que resulta el más adecuado ante situaciones críticas como puede ser, en el caso de salud, el peligro de una epidemia.

## **A manera de ejemplo**

Algunos ejemplos pueden resultar de interés para el análisis y comprensión.

Un problema actual de salud pública en muchos países, lo constituye la alta incidencia de obesidad infantil, derivado entre otros por el consumo de algunos tipos de alimentos y su forma de preparación. Los altos contenidos de grasa, calorías y carbohidratos de diversos alimentos, como las galletas, refrescos y las papas fritas, entre otros, revelan un importante lugar en la alimentación de los niños y adolescentes.

Esta situación tiene también en su base la incorporación de la mujer a la vida laboral y social que hace que los niños y la familia en general, realicen parte de sus comidas en cafeterías y restaurantes, donde generalmente están asociadas a ofertas de alimentos no saludables en sí o derivado de su forma de preparación.

Este fenómeno también se presenta en los adolescentes y jóvenes que en los propios centros de estudio acuden a lugares de comidas rápidas y de precio accesible, pero que unido a ello se encuentra

aparejada la ingestión de alimentos “chatarra” con escaso o nulo valor nutricional.

Un problema de esta naturaleza es obvio que no puede ser solucionado desde el sector salud y sus instituciones, más que propiciando el conocimiento a la población de lo dañino de estos hábitos alimenticios y la repercusión sobre su salud. Una estrategia de mercadotecnia social puede presentar una opción muy interesante para promover la idea y la práctica de consumir alimentos saludables.

Pero toda estrategia de mercadotecnia social tiene que considerar la accesibilidad al producto que quiere promover, tanto de forma física, esto es, que exista y sea cercano en cuanto a proximidad pero también en cuanto a poder adquisitivo.

El sector salud no puede propiciar la accesibilidad, ya que es potestad de otros sectores. Las empresas productoras y comercializadoras de alimentos y la gastronomía, son las que pueden ofrecer los alimentos que con el componente educativo del programa se esté promoviendo para que trascienda de la idea a la acción, a la conducta, tiene que estar presente en el medio.

Por ejemplo, estadísticas han revelado que el 15 % de los adolescentes y niños de Estados Unidos se considera que padecen de sobrepeso y algunas de las principales empresas fabricantes de alimentos y cadenas de restaurantes de ese país están cambiando la forma de preparar las comidas favoritas de los niños a medida que enfrentan una mayor presión de las instancias sanitarias y el incremento del grado de conciencia de los estadounidenses sobre temas de salud.

Estas entidades se han planteado reformular el contenido de grasa, calorías y carbohidratos en diversos alimentos que producen u ofertan. También están tratando de reducir el contenido de nutrientes en productos hechos específicamente para niños.

En la medida que aumentan las preocupaciones, por ejemplo, la cadena de restaurantes Ruby Tuesday presentó un nuevo menú para niños que incluye pollo a la parrilla y pavo asado con platos acompañantes, como puré de papas y brócoli al vapor.

Estos nuevos platos contienen menos grasa y calorías que las hamburguesas, el pollo frito y las papas fritas, que con frecuencia se encuentran en los menús de niños. Se llevó aparejada una campaña publicitaria que tiene el lema: “Los padres que alimentan a sus hijos

con alimentos saludables en el hogar, saben que ahora también pueden llevar a sus hijos a comer sano en restaurantes de esta cadena”.

Diversos fabricantes de alimentos anunciaron planes para ofrecer versiones más saludables de sus alimentos infantiles más populares. El fabricante de cereales General Mills introdujo una versión con menos azúcar en sus populares cereales para niños Trix, Cinnamon Toast Crunch y Cocoa Puffs. La empresa rival Kellogg lanzó sus versiones con menos azúcar en sus cereales infantiles, como Frosted Flakes, a principios del año 2005 (Suárez, N., 2007).

Paralelo a estas medidas también se legisló para prohibir los refrescos, caramelos y meriendas con alto contenido de grasa en las máquinas vendedoras y las cafeterías de las escuelas.

Este ejemplo que se ha señalado, puede ser presentado desde una perspectiva intersectorial pero no inducida (Castell-Florit, P., 2007), sino mediante una acción coordinada, donde cada sector juegue su papel y donde el sector privado puede ser invitado a participar o como en el ejemplo anterior puede reaccionar como resultado de las presiones sociales derivadas del conocimiento de la población y las regulaciones legales.

Un programa para reducir la obesidad y propiciar el consumo de alimentos sanos puede incorporar a todos los sectores involucrados a realizar acciones, que a la vez que resulten beneficiosas para el consumidor, también lo sean para ellos, pues el enfoque de mercadotecnia tiene en su esencia una dimensión social y otra económica, que sin fines lucrativos y con una posición ética, hace que todos se beneficien del proyecto.

El sector educativo, público y privado debe participar en este programa, porque no solo se puede lograr el aprendizaje de las formas de alimentación adecuada a través de los contenidos educativos del currículo escolar, sino que los alimentos que se oferten en las meriendas y comidas rápidas de las cafeterías escolares, sean coherentes con lo que los estudiantes aprenden.

Las organizaciones de consumidores también deben incorporarse al programa para que faciliten el acercamiento a la población meta, así como todas aquellas organizaciones no gubernamentales que realizan acciones en torno a la mujer, la niñez y la juventud.

El sector salud puede asumir las acciones educativas, también la vigilancia epidemiológica para saber cómo se comportan los resulta-

dos de los programas de cambios de comportamientos y hábitos de consumo, pero si los restantes sectores no participan, las barreras que es necesario colocar o eliminar van a persistir porque no se puede olvidar que el individuo vive en un medio social.

El movimiento de municipios por la salud que desde hace años tiene el liderazgo la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Mundial de la Salud, también puede ser elaborado con estrategias de mercadotecnia social en la que se encuentre integrado el enfoque intersectorial. El Proyecto Global de Cienfuegos en Cuba integró, desde mediados de la década del 80 del pasado siglo, a los diferentes actores sociales del territorio para reducir las enfermedades crónicas no trasmisibles por la alta prevalencia de factores de riesgo asociados y la necesidad de modificar estilos de vida en la población (Espinosa, A. y Espinosa, A. 2001).

Desde un inicio se segmentó la población y se elaboraron estrategias diferentes para los distintos grupos meta. La comunicación constituyó un importante componente del programa, pero siempre acompañado por las medidas y acciones que facilitarían la adopción de comportamientos saludables.

Como trabajo de terminación del Diplomado de Mercadotecnia en Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública de Cuba en el año 2002, fue elaborado por una diplomante, un programa para fortalecer el movimiento de comunidades saludables en el Municipio Guanabacoa de la provincia Ciudad de La Habana, donde lograr la participación de los sectores constituía el objetivo central, ellos eran los grupos meta del programa elaborado. (Suárez, N., 2005).

Otro ejemplo de programas de cambios de comportamiento en salud con estrategias de mercadotecnia social que exigen la intersectorialidad se puede encontrar en el Programa Nacional para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba y a nivel internacional en el Convenio Marco para la Lucha Antitabaco, como expresión de que la participación de actores y sectores puede ser tanto en un escenario local como global (Suárez, N., 2007) y que en uno como en otro, se requiere de la participación activa de todos en función de un objetivo común, el bienestar de la población.



## Consideraciones finales

Los enfoques tradicionales resultan cada vez más estrechos, se requiere de otras ciencias y tecnologías que permitan abordar de manera adecuada los actuales problemas de salud.

La mercadotecnia, en su enfoque social, es una estrategia de cambio que hace mirar, de manera obligada, fuera de la institución sanitaria para la explicación, análisis y solución de los problemas.

Cuando se incluye la mercadotecnia en los procesos capacitantes de los profesionales y gerentes sanitarios, se ofrece el conocimiento y desarrollo de habilidades de una tecnología que permite:

- La comprensión de la salud como producto social.
- Su relación con el bienestar y la calidad de vida.
- El papel de toda la sociedad en su construcción.

Conocer la mercadotecnia lleva a pensar en la necesidad de:

- Considerar los aliados y los opositores.
- Valorar las fortalezas, dificultades, oportunidades y amenazas.
- Trabajar en la elaboración de una estrategia que permita conjugar el medio y los individuos en armonía con el comportamiento que tribute a la salud y el bienestar.
- Realizar la abogacía, como espacio en el que se persuade y se hace ver el papel que cada cual tiene que jugar para lograr el propósito deseado.

Utilizar la mercadotecnia en su enfoque social como herramienta en la gestión sanitaria, facilitará por tanto el poder lograr la integración y la integralidad en la solución de los problemas de salud, que constituyen la esencia del enfoque intersectorial.

## Bibliografía

- Castell-Florit, P. (2007): *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2008): *Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local*. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2009): *Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba*. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.

- Espinosa, A. y A. Espinosa (2001): Factores de riesgo asociados a los fumadores, Resultados de la medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. *Revista Cubana de Medicina*, 40 (3):162-8
- González, U. (2002): El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (2): 157-75.
- Rojas, F. (2003): El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (1): 7.
- Suárez, N. (2002): Mercadotecnia y gestión sanitaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28 (2): 201-27.
- Suárez, N. (2004): *Marketing en Salud: una perspectiva teórico-práctica*. Cali: CATORSE.
- Suárez, N. (2004): Tabaco o salud: una decisión social. *Horizontes Sanitarios*, 3 (2): 12-21.
- Suárez, N. (2005): Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (1):1-9.
- Suárez, N. (2005): Mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria a nivel local. En: *Gestión descentralizada de los sistemas locales integrados de salud*, (pp. 318-28). Managua: Centro de Investigaciones y estudios de la Salud y Universidad Libre de Bruselas.
- Suárez, N. (2007): *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

# **Intersectorialidad en el proceso de salud bucal**

Dra.C. Estela de los Ángeles Gispert Abreu, Dr.Cs. Pastor Castell-Florit Serrate y MsC Mirtha Herrera Nordet

## **Introducción**

El paradigma actual es considerar a la salud en su dimensión social, holística e integradora.

El término salud bucal comprende las estructuras bucomaxilofaciales, imprescindibles para la salud y el bienestar general de la sociedad.

El perfil de salud bucal de las poblaciones es reflejo de los determinantes macro de la salud que repercuten además en el acceso, equidad y orientación de los servicios de salud, a pesar de ello aún es preponderante el pensamiento de que el número de acciones curativorreparativas por sí mismas producen salud bucal y se obvia el círculo vicioso inacabable que se genera cuando no se consideran o no reciben atención adecuada las verdaderas causas de las causas, ello se traduce en insatisfacciones para la población y para los profesionales de la estomatología con visión en la salud.

En este sentido se recomienda reorientar la producción de salud bucal a través de estrategias más efectivas, justas y adecuadas a cada contexto, que prioricen la promoción de salud y la prevención de enfermedades en una plataforma interdisciplinaria e intersectorial, para dar respuesta a las necesidades de salud de cada pueblo y lograr mayor acercamiento al desafío global de vida saludable en el siglo actual.

## Salud bucal y sus interrelaciones

Las disquisiciones más actuales acerca de la conceptualización de la salud la explican como un proceso de causas y efectos sociales.

Por consiguiente, la salud bucal puede ser concebida como un proceso social que involucra al complejo bucomaxilofacial.

Este complejo desempeña funciones biológicas y sociales vitales para la inserción de las personas en el entorno comunitario y físico, por lo que es componente fundamental de la salud en todas las etapas de la vida, y sus afecciones repercuten en el bienestar y la calidad de vida (WHO, 2009) (Sheiham, A., 2005).

Los problemas de salud bucal y general se vinculan de manera bidireccional. Las enfermedades sistémicas pueden manifestarse en las estructuras bucomaxilofacial, asimismo los problemas bucales pueden tener repercusión sistémica, por lo que la existencia de unas puede predisponer al desarrollo de las otras (WHO, 2009) (Charles, S., 2007).

Hay estudios que demuestran asociación entre las enfermedades periodontales y padecimientos cardiovasculares, embolias, infecciones respiratorias, diabetes, osteoporosis, VIH/SIDA y resultados adversos en el embarazo. (Charles, S., 2007) (National Diabetes Education Program, 2007)(Yusuke, T. et al., 2005)( Morrison, H. et al.,1999).

Durante el embarazo el incremento hormonal puede provocar sangrado gingival y crecimiento bacteriano (Charles, S., 2007).

El antecedente de osteoporosis pudiera producir pérdida rápida de hueso alveolar, en presencia de microorganismos periodontopáticos. En individuos con pérdida ósea global se incrementa la producción de citoquinas específicamente IL-1 y IL-6 que afectan la calidad de los huesos del cuerpo y de la boca, a su vez algunos mediadores inflamatorios producidos en la periodontitis contribuyen potencialmente a estados inflamatorios cronicosistémicos (Charles, S., 2007) (National Diabetes Education Program,2007)( Joshipura, K.J. et al., 1999).

La diabetes mellitus se ha asociado a enfermedad periodontal severa y a mayor pérdida ósea (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2000), también a mayor incidencia de caries (Miralles, L. F. et al., 2006).

Medicamentos como contraceptivos, antihistamínicos, antidepresivos, esteroides, los empleados en el tratamiento del cáncer y otros que reducen la secreción salival afectan los tejidos periodontales (Charles, S., 2007)(Nacional Institute of Health,2000) y dentales.

Los pacientes con afecciones psiquiátricas ingieren fármacos que afectan a las estructuras craneomaxilofaciales (Hernández Suástegui, F. et al., 2004).

Algunas enfermedades como el síndrome de Sjögren, el VIH/SIDA y la diabetes afectan las glándulas salivales y pueden causar sequedad bucal. (Charles, S., 2007)(Nacional Institute of Health,2000).

Los desórdenes temporomandibulares ocasionan dificultad para la masticación, dolor que puede irradiarse a los dientes , la cabeza y los oídos (Nacional Institute of Health, 2000)( U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

La gangrena orofacial común en África y algunos países de Asia, se asocia a enfermedades infecciosas como malaria, neumonía, diarrea ,tuberculosis y VIH-SIDA (Petersen, P. E., 2005).

En pacientes con lupus eritematoso se ha observado mayor gravedad de la caries dental (Pascual-Ramos, V. et al., 2006) y lesiones en mucosa bucal que pueden presentarse como primera manifestación de la enfermedad (López-Labady, J. 2007).

Lo expuesto demuestra que las estructuras bucales como partes del organismo humano reciben influencia y a su vez repercuten en el todo. Asimismo, los determinantes sociales de la salud se vinculan a diversos problemas de salud bucal.

## **Determinantes sociales de la salud bucal**

Diversos estudios documentan la influencia de los determinantes sociales de la salud en los problemas de salud bucal.

El bajo nivel socioeconómico se ha relacionado con mayor índice de caries dental (Beighton, D. et al., 2004)( Truin GJ et al , 2004)(Heller et al., 2004) y con mayor consumo de confituras (Heller et al, 2004).

Se conoce que el tabaquismo es responsable del 90 % de los cánceres bucales (Petersen, P.E. et al.,2005), también está vinculado a otras afecciones bucales, entre ellas las periodontopatías, las caries dentales y la pérdida de densidad del hueso alveolar, esta última,

además, se ha relacionado con baja ingestión de calcio sumado a los efectos de la edad (Charles, S., 2007).

La pobreza, desnutrición, las fuentes inadecuadas de agua, las prácticas sanitarias inadecuadas se asocian a la gangrena orofacial (Petersen, P. E. et al., 2005).

Los desórdenes en el desarrollo craneofacial se atribuyen a deficiencias de ácido fólico, madres fumadoras, y a consumo de alcohol (Petersen, P.E. et al.,2005).

Las creencias y actitudes sanitarias de los padres modelan la conducta de salud bucal de sus hijos. (Pine, C.M. et al., 2004) (Adair, P.M. et al., 2004) (Jamieson L.M. et al., 2004), específicamente el bajo nivel de conocimientos sanitarios atenta contra los cuidados para la salud bucal. (Skaret, E. et al., 2004).

La buena higiene oral y la dieta no cariogénica pudieran controlar el desarrollo de caries dentales aun en presencia del factor microbiológico (Harris, R. et al., 2004).

En niños de 2 años el consumo de caramelos es uno de los factores más fuertemente asociados a la predicción (Pienihakkinen, K. et al., 2004).

La prevalencia de caries dentales es significativamente más alta cuando existe contaminación por radiación (Spivak, K. et al., 2004).

La nutrición influencia el desarrollo craneofacial, el cáncer bucal, las erosiones dentales y otras afecciones bucales infecciosas, por lo que se recomienda reducir el consumo de azúcares (Moynihan, P. et al., 2004) (Sanders, T. A. et al., 2004).

Las enfermedades crónicas más frecuentes en la actualidad y la distribución y severidad de los problemas de salud bucal obedecen en gran medida a estilos de vida desfavorables a la salud, entre los que se puede mencionar la dieta rica en azúcares, tabaquismo y consumo de alcohol (Petersen, P.E., 2008).

Los determinantes sociales de la salud actúan de múltiples maneras y dan origen a factores de riesgo diversos que a su vez repercuten en la salud, y aumentan la probabilidad de desarrollar varias enfermedades, es por ello que en su enfrentamiento es necesario recurrir a las acciones de salud coordinadas dentro del sector salud y entre este y los demás sectores de la sociedad y la economía para así alcanzar mayor eficacia, eficiencia, efectividad y equidad en el proceso de salud y en sus resultados.

La salud bucal es un proceso social que demanda acciones humanistas y solidarias de todos los implicados.

La promoción de salud y las actividades preventivas son básicas en dicho proceso social (Watt, R.G., 2005) (Estupiñán-Day, 2004), de ser implementadas de forma planificada y sistemática mejorarían los indicadores de salud bucal, disminuirían los costos de los tratamientos y el miedo que muchos refieren y que limita las visitas a consultas de estomatología aunque sea para fines preventivos y de control.

En el proceso destinado a promover la salud bucal, la intersectorialidad es trascendental, como quedó establecido en los puntos 5 y 6 de la agenda de políticas de promoción de salud (Rychetnik, L., Wise, M., 2004).

No obstante, a nivel global aún persisten barreras para el desarrollo de las políticas y servicios para la salud bucal entre ellos:

- La falta de pensamiento y visión salubrista.
- La falta de trabajo conjunto entre los ministerios, y la exclusión en ocasiones de los departamentos de salud bucal de la toma de decisiones para la salud.
- La pasividad ante los determinantes sociales, vistos por algunos como ajenos a la salud bucal.
- Prima la formación de recursos humanos con énfasis en los aspectos reparativos, ajenos o no, suficientemente comprometidos con las necesidades de las respectivas poblaciones.
- La débil participación popular e intersectorial en la formulación y ejecución de políticas públicas de salud bucal, ya que en algunos países aún resulta excluida de la salud pública y las acciones se limitan a campañas ocasionales.
- La falta de perseverancia y apoyo a las acciones de promoción y prevención por incomprendiones o ser considerarlas por algunos sectores, fundamentalmente el sector privado dedicado a la profesión. como lesivas para sus ganancias.
- Pocas investigaciones que aporten a la evidencia científica la efectividad de las acciones de promoción y prevención ya que habitualmente no se monitorean ni evalúan.
- La tendencia hacia las tecnologías biomédicas curativas y reparativas costosas, inaccesibles para los que poseen mayor carga de enfermedades bucales.

- La falta de análisis, vigilancia, evaluación y comunicación continua del estado de salud bucal.

Ello ha llevado a que las enfermedades bucodentales mantengan una importante prevalencia a nivel mundial y que las más frecuentes, las caries dentales, continúen como el mayor problema de salud pública, principalmente en los países pobres y en poblaciones vulnerables (Petersen, P. E., 2008)(Cleaton-Jones, P. et al., 2006).

Por consiguiente para desarrollar la intersectorialidad por la salud bucal se requiere potenciar:

Las políticas, actitudes y aptitudes, condicionantes para que se realice entre ellas:

- Voluntad política.
- Fortalecimiento del nivel local.
- Preparación de recursos humanos.
- Desarrollo de valores.

Y los métodos, tecnologías, estilos de trabajo para que se materialice:

- Dirección metodológica.
- Programas y proyectos.
- Normativas.
- Análisis de la situación de salud bucal.

Aspectos básicos para la práctica de la intersectorialidad en salud, según se deslinda de la experiencia cubana en el tema (Castell-Florit, P., 2004) (Castell-Florit, P., 2007) (Castell-Florit P. et al., 2008).

Simultáneamente la intersectorialidad debe ser incorporada a la planificación estratégica en cada problema de salud bucal.

En Cuba la atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública, y entre las proyecciones para el 2015 tiene como objetivo fortalecer la intersectorialidad por la salud bucal, de ahí que sea necesario difundir las lecciones aprendidas en su aplicación, como es el caso de una estrategia educativo-motivacional por la salud bucal desarrollada en escuelas primarias del



área Aballí del Municipio Habana Vieja con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa educativo motivacional por la salud bucal.

En la estrategia (desplegada durante 2 años), participaron de forma coordinada el personal de la salud (dirección municipal de salud, estomatólogos, técnicos y asistentes dentales, y un psicólogo), escolares de 6 a 11 años, maestros, directores de las escuelas, madres, padres, algunos otros familiares de los niños, y miembros de la comunidad, los cuales aportaron en las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación, además de aportar en las reuniones de rendición de cuentas efectuadas. Se tuvo el apoyo y colaboración del gobierno local.

Las escuelas del área fueron asignadas de forma aleatoria a 2 grupos, al inicio no existió diferencias significativas en los parámetros evaluados. El grupo A recibió actividades educativas motivacionales con reforzamientos sistemáticos, la información fue multidireccional con materiales preconfeccionados por los involucrados sobre la base de los objetivos expresados en una reunión inicial, al culminar cada etapa de trabajo se realizaron reuniones para la retroalimentación y perfeccionamiento del trabajo, mientras que el grupo B: recibió actividades educativas tradicionales, información unidireccional con materiales preconfeccionados por el personal estomatológico.

Las actividades ejecutadas tuvieron como basamento el programa nacional de atención estomatológica integral a la población; se incorporaron iniciativas de los participantes.

La estrategia logró:

- Reducción significativa del nivel de placa dentobacteriana, la incidencia de mejoría fue la siguiente: grupo A = 0,49 y grupo B = 0,15.
- Los del grupo A tuvieron 3,3 veces mayor oportunidad de reducción del nivel de placa dentobacteriana.
- La proporción de mejoría en el nivel de placa dentobacteriana atribuible a la estrategia seguida en el Grupo A fue de 69,4 %.
- Incremento de la incidencia de mejoría en el índice gingival: grupo A = 0,187 y grupo B = 0,09.
- Los del grupo A tuvieron 2 078 veces mayor oportunidad de mejoría en el índice gingival.

- La proporción de mejoría en el índice gingival atribuible a la estrategia seguida en el grupo A fue de 51,9 %.
- El nivel educativo se elevó en el grupo A = 2,37 y grupo B = 0,334.
- Los del grupo A tuvieron 7,09 veces mayor oportunidad de mejoría en el nivel educativo.
  - La proporción de mejoría en el nivel educativo atribuible a la estrategia seguida en el grupo A fue de 85,9 %.

Los resultados obtenidos demostraron la eficacia de la estrategia intersectorial educativomotivacional que contó con la participación activa, responsable, y coordinada de los sectores: salud, educación y comunitario apoyados por el gobierno local.

## **Consideraciones finales**

Las políticas de salud bucal no pueden ser ajenas al ámbito social.

- La mayoría de los gastos directos en salud se destinan a la organización de los servicios de atención sanitaria y a la atención curativa en respuesta a los efectos, no a las causas sociales demandantes de acción.
- Se gastan grandes sumas en el tratamiento de problemas de salud bucal que podrían evitarse.
- Para lograr salud bucal se requiere de la participación-acción consciente, organizada, planificada y continua de los sectores de la sociedad y la economía para abordar los determinantes sociales de la salud y corregir las desigualdades en esta materia.
- Se deben perfeccionar los conocimientos acerca de los problemas de salud bucal, sus causales, los métodos de prevención, y el desarrollo de la autorresponsabilidad de los sectores, para incorporar hábitos y conductas que la favorezcan y lleven a asumir compromisos duraderos
- La intersectorialidad es esencial en el proceso de producción de salud bucal y es el camino para mejorar la equidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la satisfacción de los prestadores y de la población.

## Bibliografía

- Adair P. M., C. M. Pine, G. Burnside, A.D. Nicoll, A. Gillett, S. Anwar (2004): Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 21(1 Suppl):102-11.
- Castell-Florit P., O. Carnota Lauzán, M. Mirabal Jean-Claude, M.C. Santana Espinosa, T. Cabrera González, J. Hadad Hadad, E. Gispert Abreu (2008): Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Castell-Florit, P. (2004): Intersectorialidad: discurso y realidad. Extraído el 5 de abril de 2008 desde <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Castell-Florit, P. (2007): La intersectorialidad en la práctica social. Ciudad de La Habana. Editorial Ciencias Médicas..
- Charles, S. (2007): Dentistry Inter-Professional Learning.[En línea]2007. Extraído el 6 de enero de 2009 desde <http://www.u21health.org/meetings/hongkong2007/docs/conference/5.pdf>
- Cleaton-Jones, P., P. Fatti, M. Bonecker (2006): Dental caries trends in 5- to 6-year-old and 11- to 13-year-old children in three UNICEF designated regions—Sub Saharan Africa, Middle East and North Africa, Latin America and Caribbean: 1970-2004. *Int Dent J*.56(5):294-300.
- Estupiñán-Day, S. (2004): La OPS y la salud oral. Extraído 12 de diciembre de 2009 desde <http://www.buenasalud.com/ops>
- Harris, R., A. D. Nicoll, P. M. Adair, C.M. Pine (2004): Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health*. Mar;21(1 Suppl):71-85.
- Heller, K.E., S.A. Eklund, B.A. Burt, D.M. Briskie, L.M. Lawrence (2004): Using insurance claims and demographic data for surveillance of children's oral health. *J Public Health Dent*.2004;64(1):5-13.
- Hernández Suastegui, F., B. Vivanco Cedeño (2004):Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. LXI(6):225-9.
- Jamieson, L.M., W.M. Thomson, R. Mc.Gee (2004):An assessment of the validity and reliability of dental self-report items used in a National Child Nutrition Survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 32(1):49-54.
- Joshi K.J., A. Ascherio, E. Rimm, C.W., W.C. Douglass Willett. (1999): The relation between tooth loss and incidence of ischemic stroke. *Circulation* 99:1121.
- López-Labady, J., Y. Moret, M. Villarroel Dorrego, M. Mata de Henning (2007): Manifestaciones bucales del lupus eritematoso. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* (45):2
- Mills, D., R. Harris, E.C. Lo, S. Naidoo, F. Ramos-Gomez, T.C. Soo, et al.(2004): A multi-country comparison of caries-associated microflora in demographically diverse children. *Community Dent Health*. 21(1 Suppl):96-101.
- Miralles, L. F., J. Silvestre, A. Hernández-Mijares, D. Bautista, F. Llambes, D. Grau (2006):.Dental caries in type 1 diabetics: influence of systemic factors of the disease upon the development of dental caries. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 11:E256-60. ISSN 1698-6946

- Morrison, H.I., L.E. Ellison, G.M. Taylor (1999): Periodontal disease and risk of fatal coronary heart and cerebrovascular diseases. *J Cardiovasc Risk*. 6:7-11.
- Moynihan, P., P.E. Petersen (2004): Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutrition*; 7(1A), 201–226. Extraído el 12 de diciembre de 2009 desde [http://www.who.int/oral\\_health/publications/diet/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/publications/diet/en/index.html)
- Nacional Institute of Health. (2008). Facial pain. [En línea]. Extraído el 15 de enero de 2009 desde <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain/>
- Nacional Institute of Health. (2008). La boca seca. . [En línea]. Extraído el 15 de enero de 2009 desde <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/DryMouth/Labocaseca.html>
- National Diabetes Education Program (NDEP). (2007). [En línea]. Extraído el 15 de enero de 2009 desde <http://ndep.nih.gov>. [
- National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2000). Detection and Prevention of Periodontal Disease in Diabetes. Extraído el 15 de enero de 2009 desde <http://www.nohic.nidcr.nih.gov/pubs/perio/perio.html>.
- Pascual-Ramos, V., C. Hernández, Soto-Rojas Celis-Aguilar E, J. Sánchez- Guerrero (2006): .Association Between Dental Caries and Pneumonia in Patients with Systemic Lupus Erythematosus *J Rheumatol*. 33:1996-2002
- Petersen, P.E. (2008): The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 31( Issue s1): 3 - 24
- Petersen, P.E., D. Bourgeois, H. Qwaga, C. Estupinan-Day Sadiaye (2005): The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Boletín WHO*. 83(9):661-9.
- Pienihakkinen, K., J. Jokela, P. Alanen (2004): Assessment of caries risk in preschool children. *Caries Res*. 38(2):156-62.
- Pine, C.M., P.M. Adair, A. D. Nicoll, G. Burnside, P.E. Petersen (2004): International comparisons of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dent Health* 21(1 Suppl):121-30.
- Rychetnik, L., M. Wise (2004): Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward *Health Promotion International*,19(2): 247-57.
- Sanders, T.A. (2004): Diet and general health: dietary counselling. *Caries Res*. 38 Suppl 1:3-8
- Skaret, E., P. Weinstein, P. Milgrom, T. Kaakko, T. Getz (2004): Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int J Paediatr Dent*.14(1):17-26
- Spivak, K., C. Hayes, J.H. Maguire (2004): Caries prevalence, oral health behavior, and attitudes in children residing in radiation-contaminated and -noncontaminated towns in Ukraine. *Community. Dent Oral Epidemiol*. 32(1):1-9.
- Truin, G.J., H. M. van Rijkom, J. Mulder, MA van' t Hof. (2004): Dental caries and dental erosion among 5- and 6-year old and 11- and 12-year old school children in the Hague, the Netherlands. Changing prevalences? *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 111(3):74-9.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000): Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.

- Watt, R.G. (2005): Strategies and approaches in oral diseases prevention and health promotion. Boletín WHO. 83(9):711-18 Comparten factores de riesgo.
- WHO (2009): Policy basis. Current oral health situation at global level [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/databases/global/en/index.html](http://www.who.int/oral_health/databases/global/en/index.html)[Consultado 15.1.09].
- Yusuke, T. , D. Michael, Y. Hiromichi, F.C. Gibson, C. Attardo Genco (2005) :. Fimbria-dependent activation of pro-inflammatory molecules in *Porphyromonas gingivalis* infected human aortic endothelial cells. Cellular microbiology 8(5):738-57.