

Documento 9

La Habana, Cuba
Noviembre de 2006

Ministerio de Salud Pública

**PROYECCIONES DE LA
SALUD PÚBLICA EN
CUBA PARA EL 2015**

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

ISBN 959-212-185-9

Diseño y emplane: D.!. Yasmila Valdés Muratte

@ Sobre esta presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2006

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle INo. 202 esquina aLinea, Piso 11, El Vedado, Plaza,

Ciudad de La Habana, Cuba.

Teléfonos: (53 7) 55 3375 Y (537) 832 5338

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

ÍNDICE

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

PRÓLOGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Ministro de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

ESCENARIOS

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

Demográficos

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

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

Socioeconómico

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

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

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

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

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

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

La invulnerabilidad militar y económica de la Revolución garantizará su continuidad. En medio de esto, la lucha contra los factores subjetivos denunciados por Fidel el 2 de noviembre del 2005 y la Revolución Energética que recién se inicia, aseguran la apertura de nuevas fuentes de recursos que se revertirán en el desarrollo social.

Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVOS

General

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

Específicos

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

DIRECTRICES

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

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

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

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

DIRECTRICES GENERALES

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

nidad como el objeto y centro del Sistema en el cual se integrarán todos los esfuerzos y acciones para lograr su mejor salud y bienestar.

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

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

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

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

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

ÁREAS PRIORITARIAS DEL SISTEMA

L Factores relacionados con el ambiente que constituyen problemas de salud

Ac1m

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
90%	93%	95%

Fuente: PNA 2003 Y Boletín GEAAL Octubre de 2005, ambos de IINRH.

Indicador: Porcentaje de población servida por sistemas de acueducto.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
98%	99%	100%

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

Indicador: Porcentaje de agua tratada.

Saneamiento

El 49 % de la población posee servicio de alcantarillado con deterioro de la red, salideros permanentes e intermitencia del suministro de agua, lo que constituye un peligro de contaminación a las redes de agua y riesgos evidentes a la población. El 94 % de la población posee algún servicio de recolección y disposición final de aguas residuales sanitariamente aceptable, pero de esta sólo 38 % lo recibe por sistema de alcantarillado y 55 % restante por medio de letrinas y fosas, lo cual incide negativamente en el ambiente, dado que el deterioro de las redes con salideros permanentes los hacen funcionar inadecuadamente. Unido a lo anterior influyen en el deterioro del medio que rodea al hombre el bajo porcentaje de tratamiento que reciben las aguas servidas que solo alcanzan un 36 % Y los problemas que aún persisten en los sistemas de tratamiento existentes. El país cuenta con 1 030 vertederos, de ellos 380 de Período Especial. El 20 % no tiene microlocalización sanitaria autorizada. El 37% no cuenta con acondicionamiento periódico, lo que los convierte en centros productores de vectores y malos olores, donde 17 % tienen actividades de sustracción de desechos, cifra que sumada a aquellos que no tienen cerca, ni controlador, los convierte en una fuente ilegal de adquisición de productos, que sin control, pasan a una parte de la población.

La exposición a contaminantes atmosféricos y al ruido constituyen hoy dos grandes factores de riesgo que desde el año 2000 se vienen incrementando, afectando al medio ambiente y a la población. La contaminación ambiental y sonora se relaciona con el incremento y agudización de algunas enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, crisis de asma bronquial, cáncer de pulmón, estrés, entre otras. Por la red de monitoreo del CITMA del 2000 al 2004 se ha producido un incremento en las concentraciones de contaminantes atmosféricos al igual que el aumento de los niveles de ruido ambiental en el país, lo que ha traído consigo quejas de la población.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
38%	54%	70%

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

Indicador: Porcentaje de población servida por sistemas de alcantarillado.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
37%	53%	70%

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

Indicador: Porcentaje de volumen de agua residual tratada.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
0	50%	100%

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

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
0	50%	100%

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

Indicador: Número de vertederos con relleno sanitario.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
339	60%	100%

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

Indicador: Número de vertederos de Período Especial.

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

Meta:

Línea de base 1	2010	2015
	100%	Mantener

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

Indicador: Número de incineradores ecológicos.

Propósito 9: Reducir en 30 % la contaminación ambiental.

Meta:

Indicadores	Línea de base	2010	2015
		15%	30%
Concentraciones de NO ₂	3.3	2.8	2.3
Concentraciones de SO ₂	mg/m ³	0.68	0.56
Concentraciones de NO	0.8	2.47	2.03
Concentraciones de NO	mg/m ³	527	4.34
Concentraciones de NH ₃	2.9mg/m ³	4.76	3.92
Opacidad Aparente	6.2	51	42
	mg/m ³		

Fuente: *Situación ambiental 2004-2005*

60%

Vectores:

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

en la capital y en las cabeceras provinciales de: Santiago de Cuba, Guantánamo, Las Tunas y Camagüey. El país en el último ciclo del 2005 tuvo un índice casa de 0.10 l. El *Aedes albopictus* se encuentra circunscrito al territorio occidental (Pinar del Río, La Habana y Ciudad de La Habana). En el caso específico del *Anopheles* se encuentra en las áreas más rurales. Se ha reportado la presencia de triatóminos en regiones del occidente y en el oriente, en sus zonas rurales.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
0.1 O 1	Eliminación	Mantener eliminación

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

Indicador: Índice Casa.

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

Meta:

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

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

Indicador: Índice de depósitos.

Propósito 12: Intensificar las acciones para mantener los índices de infestación por roedores inferior all 0 %.

Meta:

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

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

Indicador: Índice de roedores.

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

Meta:

	Línea de base	2010	2015
Índice larvario	0.2 x m2	Inferior a 20 larvas x m2	Inferior a 15 larvas x m2
Índice de picada	5%	Inferior a 5 picadas hombre/ hora	Inferior a 5 picadas hombre/ hora

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

Factores relacionados con el ambiente. Directrices

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

II Factores relacionados con el comportamiento

Tabaquismo

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Se considera la mayor epidemia del siglo XX, constituyendo un reto para la Salud Pública Mundial el lograr disminuirlo. Es considerado el factor de riesgo que más incide en las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que ha devenido como uno de los principales problemas de salud, existiendo evidencia científica del número de muertes atribuibles a este nocivo hábito. La Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles (11 ENFR) encontró una prevalencia de 32 % en personas de 17 años y más, los hombres fumaban en general un 10 % más que las mujeres; la iniciación global en el grupo de 20 a 24 años es de 22 % y un 80 % de los nuevos fumadores se iniciaron antes de los 20 años. La media de edad de inicio fue 17,1 años. Los varones se inician antes que las hembras. El consumo diario más frecuente fue 6-10 cigarros el cual predominó en las mujeres. Sólo a 4 de cada 10 fumadores su médico le recomendó dejar de fumar en los últimos 12 meses. Una política de control efectivo del tabaquismo constituye la intervención sanitaria de mayor impacto sobre la salud de la población.

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

Meta:

	Línea de base	2010	2015
General	32%	20%	40%
	32	25.6	192

Fuente: 11 Encuesta Nacional de FRy ENT Cuba, 2001.

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

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

Meta:

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

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

Prevalencia de adolescentes que han consumido alguna vez tabaco.

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

Meta:

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

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

Indicador: Prevalencia de fumadores en profesionales de la salud.

Propósito 4: Reducir en 12 % el tabaquismo pasivo.

Meta:

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

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

Indicador: Prevalencia en expuestos al humo de tabaco ambiental.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
22.2 %	21 %	20%

Fuente: 11 Encuesta de Factores de Riesgo y ENT, Cuba 2001. Indicador: Porcentaje de iniciación global en población de 20-24 años.

Alcoholismo

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

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

Meta:

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

Fuente: 11 *Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*

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

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

Meta:

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

Fuente: 11 *Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*

Indicador: Porcentaje de consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
15	16	17

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

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

Drogas

La 11 Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostró que el 14.7 % de los encuestados respondió que sí tienen conocimientos acerca de personas que consumen drogas. El 5.2 % de los hombres respondieron que sí tienen conocimientos y en el caso de las mujeres fue de 4.3 %. El 1.3 % de los encuestados estuvo entre "sí y no estoy seguro de consumir drogas", en caso que se las dieran a probar. El nivel de respuestas entre "sí y no estoy seguro" se comportó más o menos igual en ambos sexos y fue algo mayor entre 15 y 29 años (1.8 %). En la actualidad se estima que existe una tendencia a la disminución del consumo de drogas ilícitas y aumento de las lícitas. Entre los pacientes tratados no se recoge el dato de la recaída y reincidencia.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
3.6	5%	10%

Fuente: *GOSMA provinciales.*

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
85%	92%	97%

Fuente: *GOSMA provinciales.*

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

Dieta y nutrición

Los factores de riesgo en la dieta de la población, relacionados con malos hábitos alimentarios, son varios y algunos de larga tradición: Según la 11 ENFR, 24 % de la población encuestada no tiene el hábito de desayunar. El 28 % usa la manteca para cocinar sistemáticamente. Diariamente sólo 14.5 % de la población consume vegetales y 14.4 % consume frutas. El 12.1 % de la población agrega sal a los alimentos en la mesa. El 31 % de la población toma suplementos de vitaminas y minerales. En el 2004 el 28% de las embarazadas en el tercer trimestre del embarazo presentaba anemia por déficit de hierro. La desnutrición al inicio del embarazo alcanza el 16.4%, mientras que la ganancia de peso deficiente en el embarazo es de un 12.1 %. El 30 % de los niños de 6 a 12 meses tenían anemia por déficit de hierro. La obesidad y sobrepeso como factores de riesgo, mostraron un incremento entre el 1995 y el 2001. En el año 2001, las mujeres tenían prevalencias de sobrepeso superiores a los hombres (47.0 Y 37.6 %) y niveles mucho menores que los hombres (57.0 y 46.8 %), lo cual se convierte en un problema de salud de mayor magnitud al combinarse con prevalencias más altas de sedentarismo y Diabetes Mellitus, lo que incrementa su riesgo cardiovascular. En especial en el caso de los niños de 1-14 años se observa una prevalencia de sobrepesos de un 13 %.

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

Meta:

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

Fuente: *Datos obtenidos de la!! Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.* Indicador: Proporción de adultos con peso corporal "saludable" (IMC de 18.5 a24.9).

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

Meta:

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

Fuente: *Datos obtenidos de la!! Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.* Indicador: Proporción de adultos con obesidad (IMC= 30).

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
5.7%	4.6%	3.5%

Fuente: *Datos obtenidos de la 11 Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*
Indicador: Proporción de niños menores de 5 años con retardo en el crecimiento.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
16.9%	10%	8%

Fuente: *Datos obtenidos de la 11 Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*
Indicador: Proporción de embarazada con ganancia de peso deficiente durante la gestación

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
16%	25%	40%

Fuente: *Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*
Indicador: Proporción de personas que consumen al menos dos porciones diarias de frutas - 200g.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
17%	32%	50%

Fuente: *Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*
Indicador: Proporción de personas que consumen al menos tres porciones diarias de vegetales - 300g.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
19%	35%	45%

Fuente: *Datos obtenidos de la 11 Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.*
Indicador: Proporción de personas (mayores de dos años de edad) con un consumo de grasas que aporte entre 20 y 30% de la energía total.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
32 %	45%	55%

Fuente: *Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.* Indicador: Proporción de personas con un consumo de azúcar que aporte menos de 15 % de la energía total.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
88%	90%	95%

Fuente: *Datos obtenidos de la II Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001.* Indicador: Proporción de personas que no añaden sal a sus alimentos en la mesa

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
30%	20%	15%

Fuente: *Bases de datos INHA. 2003.*

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
30%	25%	19%

Fuente: *Bases de datos INHA. 2003.*

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
24%	18%	15%

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

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

Sedentarismo

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
22%	30%	40%

Fuente: *Informe Anual de Practicantes Sistemáticos*.

Indicador: Proporción de practicantes sistemáticos en población general.

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

Meta:

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

Fuente: 11 *Encuesta Nacional de FRy ENT. Cuba, 2001*.

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

Factores relacionados con el comportamiento. Directrices

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

III Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud

Hipertensión Arterial

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

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

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

Fuente: *11 Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.*

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

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

Meta:

	Línea de base	2010	2015
TAMáxima	123.2	3 mm Hg	6 mm Hg
	123.2	120.2	117.2
TAMinima	78.6	3 mm Hg	6 mm Hg
	78.6	75.6	72.6

Fuente: 11 *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Indicador: Media de la tensión arterial máxima y mínima.

Cardiopatía isquémica

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

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

Meta:

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

Fuente: *Estadísticas Continuas de la Dirección Nacional de Estadística. 2004*. Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100000 hab.

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

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

Fuente: *SIE de salud. Dirección Nacional de Estadística. 2004.* Indicador: Letalidad por Infarto Agudo del Miocardio x 100 egresos.

Tumores malignos

El cáncer en Cuba es la segunda causa de muerte para todas las edades desde 1970. En los últimos años se reportan entre 14 000 y 16000 fallecidos por tumores malignos anualmente. Elevándose a 18 000 personas desde el 2003. En el 2004 representaron el 23.1 % del total de fallecidos del país, con un incremento de la mortalidad en este año del 2.2 % en relación al año anterior. Es la primera causa de años de vida perdidos en el país. En los últimos años, se perdieron como promedio entre 12.7 y 16.9 años de vida por cada 1000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. Algunas localizaciones aumentan considerablemente: de 1980 al 2003 el cáncer de intestino excepto recto, se incrementó en un 92.1 %; tráquea, bronquios y pulmón en un 60.9 %; mama de la mujer 56 % Y próstata 134.7 %.

Expertos coinciden que el 42 % de los

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

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

Meta:

Línea de base	201	2015
	115.3	0
		15%
	115.3	7%
		98
		107.2

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
		5
		4%
		8%
General	27.3	262
		25.
		1
		35
Fuente: SIE de salud. 2004. Dirección Nacional de Estadística. Indicador:		5
Tasa ajustada de mortalidad por sexo x 100 000 hab.		15.
Masculino	38.6	37
		16.
Femenino	17	16.3

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100000 hab.

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

Meta:

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

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

Tasa ajustada de mortalidad por sexo x 100 000 hab.

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

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

Meta:

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

Fuente: SIE de salud Dirección Nacional de Estadística. 2004

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Enfermedades cerebrovasculares

Se han mantenido como tercera causa de muerte para todas las edades. En los últimos años se reportan entre 7 000 Y 8 000 fallecidos por esta causa anualmente, con una franca tendencia al ascenso. En el 2004 representaron el 10.2 % del total de fallecidos del país, con un incremento de la mortalidad con relación al año precedente (88 defunciones más). Es la cuarta causa de años de vida perdidos. En el último decenio, se perdieron como promedio entre 4 y 4.9 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años, al continuar el desplazamiento de la enfermedad a grupos de edades más jóvenes y la sobremortalidad femenina, que presenta una tendencia al ascenso. Tanto la mortalidad extrahospitalaria como la letalidad hospitalaria se mantienen elevadas. En el 2004 se reportaron 3 958 casos nuevos de enfermedades cerebrovasculares, que incrementó la cifra del país a 52 717 pacientes dispensarizados por esta causa (4.7 por cada 1 000 habitantes). Es la primera causa de discapacidad entre las enfermedades neurológicas. La 11 ENFR mostró que el 37 % de las personas que tienen esta enfermedad tienen una discapacidad. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50 %) Y a deterioro cognitivo de diverso grado (35 %), siendo la segunda causa más frecuente de demencia. La edad es el principal factor de riesgo no modificable y la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo modificable.

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa de letalidad x 100 egresos.

Diabetes Mellitus

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

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

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

Meta:

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

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

Indicador: tasa de prevalencia x 1 000 habitantes.

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

Propósito 20: Disminuir las discapacidades por diabetes mellitus.

Meta:

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

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

Indicador: Porcentaje de diabéticos ciegos por retinopatía diabética.

Indicador: Porcentaje de diabéticos con amputaciones mayores.

Enfermedad renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está emergiendo como un problema de salud importante y creciente en Cuba, ocupó en el 2004 la posición número trece como causa de muerte; reportando se 503 defunciones, cifra que representó el 0.6 % del total de fallecidos. La prevalencia de pacientes dispensarizados que han progresado a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) nacionalmente en el 2004 fue de 9 761 pacientes, o sea 0.87 por cada 1 000 habitantes. Las investigaciones epidemiológicas han demostrado que la prevalencia esperada por ERC es de 1 800360 pacientes. De ellos esperados con IRC 210 360 pacientes y con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) 3 360 pacientes, que son los que requerirán algún tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis o trasplante renal). Es evidente que existe un sub-diagnóstico de la enfermedad. La incidencia y la prevalencia de pacientes en diálisis tienen una tendencia creciente. La incidencia se ha incrementado como promedio un 14 % anualmente, alcanzando 1 246 pacientes, 111 por millón de habitantes y la prevalencia se ha incrementado como promedio un 11 % anualmente, alcanzando 1 666 pacientes, 149 por millón de habitantes, en el año 2004. En ese mismo año se realizaron 186 trasplantes renales, 16.6 por millón de habitantes.

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

Meta:

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

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

Indicador: Prevalencia de pacientes dispensarizados x 1 000 habitantes.

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

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

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

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
149	268	478

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

Indicador: Prevalencia de pacientes en diálisis PMP.

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

Línea de base	2010	2015
16.6	25	50

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

Indicador: Tasa trasplantes renales por año PMP.

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

Meta:

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

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

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

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias

Constituyeron la séptima causa de muerte en el año 2004. En el último decenio se reportan entre 2 000 y 2 500 fallecidos por esta causa anualmente. Elevándose a 3062 defunciones en el 2004, lo que representó e13.8 % del total de fallecidos del país, con un incremento de 154 defunciones más en relación al año 2003. Es también la quinta causa de años de vida perdidos. En los

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

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Constituye la principal causa de muerte por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Representaron de 18-10 % de asistencia a consultas del médico de familia y el 35 % de las consultas a neumólogos. Una alta prevalencia en el sexo masculino y una tendencia al incremento en mujeres.

Asma bronquial

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

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

Meta:

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

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

Indicador: Tasa ajustada de mortalidad x 100 000 hab.

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

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

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

Indicador: Tasa de mortalidad ajustada x 100 000 hab.

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

Meta:

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

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

Indicador: Porcentaje de asmáticos que fallecen fuera del hospital.

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

Meta:

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

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

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

Transtornos mentales y lesiones autoinfligidas

Depresión

Se presenta con una prevalencia de 4.9 %. Estudios de atención primaria reportan que el 25 % de las personas que demandan servicios de salud están deprimidas y menos del 40 % ha recibido tratamiento antidepressivo. Evolucionan hacia la cronicidad en un 60 % de las personas y las recaídas ocurren entre el 50 % y el 180 % de los enfermos. Es responsable del 52 % de la pérdida de la productividad y el ausentismo y de un 17 % de la discapacidad y el suicidio.

Demencia v enfermedad de Alzheimer

En los últimos años se reportan entre 1 600 Y 2 200 fallecidos por esta causa. En el 2004 representaron el 12.8 % del total de fallecidos del país, con la ocurrencia de 199 defunciones más que en el año anterior. Fue la decimocuarta causa de años de vida perdidos en el país. En el último decenio, se perdieron como promedio de 1.3 a 2.3 años de vida por cada 1 000 habitantes entre 1 y 74 años por esta causa. Según estudios realizados en el año 2003, el 99.4 % de los fallecidos con Demencia y Alzheimer tenían 60 años o más, y del 100 % de los fallecidos, el 89 % pertenece al grupo de 75 años y más. La tendencia de esta causa es al incremento y se calcula que existan 250 000 enfermos de Alzheimer en nuestro país para el 2020.

Esquizofrenia

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

Lesiones autoinfligidas

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

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

Línea de base	2010	2015
81%	85%	90%

Fuente: GOSMA provinciales. 2004.

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

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

Meta:

Línea de base	2010	2015
13.3	12.0	10.8

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

Indicador: Tasa de mortalidad ajustada x 100 000 habitantes.

Accidentes y agresiones

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