

ANDAR OPS LASALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

BOLETÍN DE LA OPS/OMS EN CUBA

Vol. 26 No. 2 MAYO-AGOSTO 2022

05 42 46 55

DE NUESTRA
ACTUALIDAD

75ª ASAMBLEA
MUNDIAL DE
LA SALUD

LO MÁS
DESTACADO

PROYECTO
AIRQ+

UN CAFÉ
CON...

SILVIA ISABEL
MARTÍNEZ
CALVO

HISTORIA
PARA CONTAR

UNA
GUANTANAMERA
DESTACADA

“Andar la salud” es un boletín elaborado en la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Cuba. Su propósito fundamental es compartir lo más relevante de la cooperación técnica de esta Representación con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y otras instituciones y organismos en el país.

Desde que comenzó la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 en la isla, esta publicación se ha dedicado, fundamentalmente, a compilar y dar a conocer aspectos destacados de la respuesta en el territorio nacional. Sin embargo, como en el país la COVID-19 ha tenido una tendencia al control en los últimos meses, los temas tratados en las ediciones del boletín se han diversificado más.

En el presente número, por ejemplo, hay un artículo que resume cómo se desarrolló la 75ª Asamblea Mundial de Salud y otro dedicado a la 170ª sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, ambos eventos con participación de Cuba.

Asimismo, se presentan algunos resultados de la Encuesta Nacional de Salud; se comenta la estrategia de enfrentamiento a las Enfermedades No Transmisibles; se expone la situación del dengue en la región y en Cuba, entre otros contenidos que invitamos a leer.

Agosto 2022

Coordinación editorial:
Dra. C. Tania del Pino Más

Revisión general:
Dr. José Moya Medina

Para suscribirse a nuestro boletín:
delpintan@paho.org

Sitio web: www.paho.org/cu

Facebook: @opsomscuba

Twitter: @opscuba

Oficina de OPS/OMS Cuba, Calle 4 No. 407
e/ 17 y 19, Vedado, La Habana, Cuba.
Teléf.: (+53) 7831-0245 Ext. 40613

En el mes de julio de este año, se volvió a reunir el comité de emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), para señalar que la COVID-19 continuaba siendo una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y, por tanto, seguían vigentes las medidas de prevención adecuadas al contexto epidemiológico de cada país.

Este tercer año de la pandemia nos ha permitido un mejor conocimiento y manejo de la enfermedad, especialmente en su forma aguda. Se ha avanzado en las acciones de control, logrando incrementar las coberturas de vacunación lo mismo en niños que en adultos. También se cuenta con pruebas rápidas de diagnóstico y nuevos medicamentos, situación que genera en todos nosotros mayor tranquilidad, si comparamos con el escenario incierto del primer año.

Aunque se registra una constante disminución de las curvas epidémicas en los países, continúan ocurriendo casos y defunciones por la COVID-19, con lo cual, la posibilidad del surgimiento de una nueva variante de preocupación sigue estando presente. Un elemento positivo que destacar radica en el hecho de que durante la pandemia se haya podido identificar -en tiempo real- las nuevas variantes como beta, delta y ómicron. Esto, a través de la red global de vigilancia genómica, que se ha fortalecido.

También vemos que en la próxima estación de invierno algunos países de altos ingresos empezarán a dar una dosis de refuerzo con nuevas vacunas contra la COVID-19, que contienen como inmunógenos la cepa original y la variante ómicron. Se trata de vacunas bivalentes, con las cuales se esperaría una mejor protección ante las infecciones, para así evitar que la enfermedad progrese a formas graves. Algo similar ocurre cada año con la influenza, para la que se preparan las dosis de refuerzos con las que vacunar a la población de mayores riesgos, teniendo en cuenta la cepa que se encuentre circulando.

Sin embargo, no podremos avanzar en el control de la pandemia mientras persistan las desigualdades en el acceso a las vacunas. Hay países que apenas han logrado vacunar al 25% de su población. Las inequidades

entre naciones y regiones del mundo, incluso entre diferentes sectores sociales de un mismo país, han sido una constante en la lucha por contener la enfermedad.

La pandemia va dejando lecciones aprendidas muy dolorosas para todas las poblaciones del planeta, que demandan cambios necesarios para garantizar el acceso universal a los servicios de salud desde el primer nivel de atención. Ha vuelto al debate la importancia de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación comunitaria, con profesionales comprometidos. La discusión también ha vuelto a posicionar las once funciones esenciales de la salud pública, que le corresponden únicamente al Estado, como es, por ejemplo, la vigilancia epidemiológica y la respuesta frente a emergencias sanitarias.

Para una mejor vigilancia, preparación y respuesta ante esas contingencias, se está revisando el RSI, cuyos cambios serán sometidos a aprobación en la Asamblea Mundial de la Salud de 2024, máxima instancia de gobierno de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En nuestra región se analizarán en sesiones plenarias varias resoluciones de políticas de salud durante la 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que se realizará en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en septiembre de 2022.

De esta manera se busca estar mejor preparados para seguir enfrentando la pandemia de la COVID-19 y otros riesgos a la salud pública, que pueden ocurrir en una institución de salud, una comunidad, o varios países. Como muestra de estos riesgos permanentes podemos citar el que ocurrió en un establecimiento de salud de la provincia de Tucumán, Argentina, cuando se detectó en agosto, un brote de enfermedad respiratoria aguda que luego se confirmó que era causado por la bacteria legionella. Otro ejemplo es cuando en la ciudad de Nueva York se confirmó un caso de poliovirus vacunal que generó una declaración de emergencia sanitaria. También se puede mencionar cuando se detectaron los primeros casos de la viruela del mono en Reino Unido, en mayo pasado, que en solo tres meses se expandió a más de 70 países. Tal situación llevó a declarar una ESPII.

Cuba tiene las mejores coberturas de vacunación contra la COVID-19 en el mundo, y lo ha logrado con sus propias vacunas. Los casos han disminuido notoriamente y no se registran defunciones en varias semanas. Las medidas de prevención y restricción de la

movilidad se han ido ajustando al contexto epidemiológico y ya se percibe normalidad en las actividades educativas y laborales de la población.

Sin embargo, el dengue ha vuelto este año con mayor intensidad, como en todos los países endémicos de la región, reiterando el desafío de controlar los criaderos de mosquitos, identificar los casos y volver a capacitar a las personas en lo relativo al reconocimiento temprano de los signos de alarma. El periodo crítico del dengue ocurre entre el tercero o quinto día de la enfermedad, cuando disminuye la fiebre y se percibe una discreta mejoría. Es el momento más importante para continuar con el reposo y la hidratación, al menos por dos o tres días más, para luego pasar a la fase de recuperación.

No se debe perder de vista que algunos casos en niños o adultos pueden complicarse y es cuando surgen los signos de alarma: vómitos reiterados; edema o hinchazón de párpados, piernas, vulva o escroto; dolor abdominal intenso; irritabilidad; somnolencia y sangrado. Basta uno de estos signos para acudir de inmediato a un servicio de salud.

Las emergencias sanitarias implican el mayor desafío a los países, a sus sistemas de salud y a la población. Debemos estar siempre preparados.



*Dr. José Moya Medina
Representante OPS/OMS
Cuba. Agosto 2022*

| INDICE

| DE NUESTRA ACTUALIDAD

05

75ª ASAMBLEA MUNDIAL
DE LA SALUD:
PRIMERA PRESENCIAL DESDE
EL INICIO DE LA PANDEMIA

08

PARTICIPA CUBA EN 170ª SESIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO
DE LA OPS

12

ACTUALIZACIÓN
DE LA COVID-19 EN EL PAÍS

20

COVID-19 EN CUBA: SEGUIMIENTO
A PERSONAS CONVALECIENTES

22

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES:
UN COMPLEJO ESCENARIO
PARA LA POBLACIÓN CUBANA

28

MÁQUINA LLENADORA
Y ETIQUETADORA LLEGA A BIOCEN

30

DENGUE EN LAS AMÉRICAS

38

TE CONTAMOS CÓMO
SE CELEBRA EN CUBA
EL ANIVERSARIO 120 DE LA OPS

| LO MÁS DESTACADO

42

PROYECTO AIRQ+

| UN CAFÉ CON...

46

SILVIA ISABEL MARTÍNEZ CALVO

| HISTORIA PARA CONTAR

55

UNA GUANTANAMERA DESTACADA





75^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD:

PRIMERA PRESENCIAL DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA

La 75ª Asamblea Mundial de la Salud se celebró del 22 al 28 de mayo de 2022. Fue la primera con carácter presencial desde el inicio de la pandemia de la COVID-19. Como es habitual, se desarrolló en el Palacio de las Naciones en Ginebra, Suiza, y contó con la participación de ministros de salud de todas las regiones del mundo. A su sesión inaugural asistieron el secretario general de Naciones Unidas, António Guterres, presidentes de varios

países, y los directores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de diferentes regiones del mundo, incluyendo la Dra. Carissa Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También acudieron otros altos y distinguidos representantes.

Durante el encuentro tuvieron lugar una serie de mesas redondas para debatir sobre prioridades de salud pública de importancia global. Delegados,

organismos asociados, representantes de la sociedad civil y expertos de la OMS intercambiaron, entre otros temas relevantes, acerca de la preparación y respuesta frente a las emergencias sanitarias, incluida la introducción de enmiendas concretas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

La delegación cubana que acudió a la cita fue presidida por el Ministro de Salud Pública,



Dra. Carissa F. Etienne, Directora de la OPS; Dr. Jarbas Barbosa, Subdirector de la OPS; y Dr. Jose Ángel Portal Miranda, Ministro de Salud Pública de Cuba

Dr. José Ángel Portal Miranda, quien en su intervención dijo que Cuba asistía a la Asamblea para compartir experiencias, estrechar lazos de cooperación y ratificar su compromiso con la salud y la paz de los pueblos. "Hagamos de este escenario un espacio para unir voluntades en pos de la vida", aseveró. Igualmente, refirió que el modo más eficaz de enfrentar el inmenso reto de no dejar a nadie atrás es la integración, compartir lo que se tiene, brindarse apoyo mutuamente y aprender de las experiencias exitosas.

Portal Miranda enfatizó que la humanidad enfrenta hoy uno de los momentos más complejos de su historia.

"A más de dos años de iniciada la pandemia de la COVID-19, las afectaciones económicas, sociales y sanitarias siguen siendo incalculables. La COVID-19 ha revertido años —posiblemente décadas—, de progreso. El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ya de por sí convertido en una deuda para el mundo, significa un desafío cada vez mayor en el actual contexto".

Asimismo, el titular cubano sostuvo importantes encuentros bilaterales. Tuvo reuniones con varios ministros y delegaciones de salud de distintos países del mundo, en las cuales se dio seguimiento a la cooperación en el ramo. En estos encuentros, los ministros manifestaron satisfacción con el trabajo de los profesionales cubanos y se evaluaron nuevas acciones para fortalecer los vínculos y ampliarlos.

En el marco de la Asamblea, mediante votación secreta, la mayoría de los Estados Miembros de la OMS reeligieron al Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus para un segundo mandato de cinco

años como Director General del principal organismo de salud pública del mundo. El director electo expresó:

“Me siento muy honrado por la oportunidad que me han brindado los Estados Miembros de desempeñar un segundo mandato como director general de la OMS, este honor, sin embargo, conlleva una gran responsabilidad, y me comprometo a trabajar con todos los países, mis colegas de todo el mundo y nuestros valiosos asociados para garantizar que la OMS cumpla su misión de promover la salud, preservar la seguridad del mundo y servir a los vulnerables”.

El Dr. Tedros, nacido en Etiopía en 1965 y biólogo de formación, es un investigador dedicado a la salud pública y también un político. En el 2000 concluyó un doctorado en la Universidad de Nottingham, con una tesis sobre los efectos de las represas en la transmisión de Malaria en el norte de Etiopía. Los resultados de este estudio, publicados en el British Medical Journal, le hicieron merecedor del reconocimiento “Joven investigador del año”, otorgado por la Sociedad Norteamericana de Medicina Tropical e Higiene. Entre 2005 y 2012 se desempeñó como ministro de salud de su país, y de 2012 a 2016 fue ministro de Relaciones Exteriores. También estuvo al frente de la organización The Global Fund, cuyo objetivo es recaudar y distribuir fondos para luchar contra el sida, la malaria y la tuberculosis. En 2017 comenzó



Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS

su primer mandato como Director General de la OMS.

En ese momento, instituyó una amplia transformación de la OMS, destinada a aumentar la eficiencia. Para ello, empezó impulsar su impacto en los países con el fin de promover vidas más saludables, proteger a más personas durante las emergencias y aumentar el acceso equitativo a la salud. También dirigió la respuesta de la OMS ante los brotes de ébola en la República Democrática del Congo, afrontó las repercusiones sanitarias de otras crisis humanitarias y, más recientemente, lideró el enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19. Su nuevo mandato entró en vigor oficialmente el 16 de agosto de 2022.

La Asamblea Mundial de la Salud, órgano decisor de la OMS, continuará siendo un espacio propicio para que los Estados Miembros puedan dialogar y acordar cómo avanzar en favor de la salud de los pueblos. La próxima se llevará a cabo en mayo de 2023, y mientras tanto los países deberán trabajar

para materializar todas las propuestas que se analizaron en este último cónclave.

Sitios consultados:

¹ La Asamblea Mundial de la Salud reelige al Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus para un segundo mandato como director general de la OMS [Internet]. Who.int. [citado el 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/24-05-2022-world-healthassembly-re-elects-dr-tedrosadhanom-ghebreyesus-to-secondterm-as-who-director-general>

² Participa ministro de Salud Pública de Cuba en la 75a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Sitio oficial de gobierno del Ministerio de Salud Pública en Cuba. 2022 [citado el 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/participaministro-de-salud-publica-de-cuba-en-la-75-a-asamblea-mundial-de-lasalud/>

Por: MSc. Roxana
González López
Dra. C. Tania del Pino Más



PARTICIPA CUBA EN 170ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO DE LA OPS

Autoridades de salud cubanas estuvieron presentes en la 170ª reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada entre el 20 y el 24 de junio del presente año, la cual se desarrolló en formato híbrido (presencial y virtual) por las limitaciones impuestas por la pandemia de la COVID-19. En esta ocasión, las sesiones de intercambio incluyeron lo relacionado con el presupuesto de la Organización, las políticas para reforzar la preparación frente a otras posibles pandemias y los principales problemas de salud de la región.

Cuba forma parte del Comité Ejecutivo de la OPS para el periodo 2020-2023. Este constituye uno de los Cuerpos Directivos de la Organización, junto con la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo.

El Comité Ejecutivo lo integran nueve Estados Miembros, que desempeñan esas funciones durante periodos escalonados de tres años; sesiona dos veces al año y en la actualidad está conformado por Cuba, Costa Rica, Haití, México, Brasil, Suriname, Bolivia, Argentina y Jamaica. Estos países son elegidos por el Consejo Directivo, que se reúne anualmente, y que está compuesto por delegaciones de todos los Estados Miembros, generalmente presididas por los ministros de salud.

El Consejo Directivo actúa en nombre de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que es la autoridad suprema de la Organización, y que se reúne cada cinco años. Precisamente, este año se reunirá la Conferencia y, entre los temas prioritarios definidos en la agenda, corresponde llevar

a cabo la elección del próximo Director o Directora de la Organización.

La Dra. Evelyn Martínez Cruz, jefa de Organismos Internacionales de la Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), asistió a la reunión en representación del Estado cubano, e intervino en los siguientes temas:

- Política para recuperar el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con equidad, por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial.
- Política para mejorar la salud mental.
- Política sobre la atención integrada para mejorar los resultados de salud.

- Estrategia de vigilancia genómica regional para la preparación y respuesta a epidemias sanitarias.
- Actualización sobre la pandemia de la COVID-19 en la región de las Américas.
- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
- Estrategia y plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.
- Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud (2019-2023).
- Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes (2018-2030).
- Acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicas de alto costo.

En las intervenciones se expusieron los criterios técnicos de Cuba sobre los documentos presentados y los avances del país en los diferentes temas tratados, enfatizando en los logros relacionados con el enfrentamiento al SARS-CoV-2, las producciones de la industria biotecnológica cubana y la colaboración médica. Además, en los debates desarrollados se contribuyó a la aprobación de documentos que serán presentados a los ministros de salud durante la 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana y el 60º Consejo Directivo de la Organización.

Como era de esperar, el análisis de lo ocurrido durante estos años de pandemia, así como de las lecciones que deja la COVID-19, fueron aspectos muy debatidos. En la apertura del evento, la Directora de la OPS, Dra. Carissa F. Etienne, apuntó:

“Esta pandemia ha puesto duramente de manifiesto las

fallas profundamente arraigadas de inequidad y acceso desigual a la salud que existen en nuestra región”. Y añadió que, de continuar la falta de inversión, se verá obstaculizada la “respuesta más ágil, consolidada y eficiente que tanto deseamos ante la próxima pandemia”¹.

Igualmente, la Directora enfatizó en la necesidad de trabajar de manera integrada en favor de la salud pública del continente:

“Estamos aprendiendo que, como región, debemos emprender colectivamente un camino sostenible y de colaboración, más que de competencia, hacia la autosuficiencia”².

En esa dirección se encauza la Plataforma regional para el avance en la producción de vacunas y otras tecnologías sanitarias para la COVID-19 en las Américas, lanzada el año pasado por la OPS, y que tiene como objetivo formar y apoyar a empresas locales en la utilización de la tecnología de vacunas de ARNm. Hasta ahora, Sinergium Biotech de Argentina y el Instituto de Inmunobiología Bio-Manguinhos de Brasil participan en esta iniciativa³.

Valga acotar que la Plataforma forma parte de un plan más abarcador, que también prevé el desarrollo de un sólido sistema de regulación regional para garantizar que las nuevas herramientas médicas sean seguras y eficaces; unido a la creación de una hoja de ruta para mejorar la producción de tecnologías sanitarias en las Américas, en coordinación con socios regionales e internacionales⁴.

Asimismo, en el marco de la 170ª reunión del Comité Ejecutivo se realizó un foro especial cerrado con el fin de que los seis candidatos para participar en las próximas elecciones

del Director o Directora de la OPS se dirigieran a los Estados Miembros. Los nominados para estar al frente de la OPS en los venideros cinco años son:

- Dr. Camilo Alleyne (nominado por Panamá)
- Dr. Jarbas Barbosa Da Silva Jr. (nominado por Brasil)
- Dra. Florence Duperval Guillaume (nominada por Haití)
- Dra. Nadine Flora Gasman Zylbermann (nominada por México)
- Dr. Fernando Ruiz Gómez (nominado por Colombia)
- Dr. Daniel Salinas (nominado por Uruguay)

Cada uno dispuso de 30 minutos para exponer su visión, las prioridades de política y la dirección financiera y programática que propone para la Organización, lo que fue seguido por una sesión de preguntas y respuestas con los Estados Miembros, participantes y asociados. Las votaciones tendrán lugar durante la 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebrará del 26 al 30 de septiembre de 2022.

En la clausura del Comité Ejecutivo, la Dra. Etienne expresó la satisfacción por el encuentro desarrollado después de dos años de convocatoria virtual y felicitó a todos por la productividad de la reunión. Se completaron los 48 temas de la agenda y se aprobaron 14 resoluciones de forma provisional que van a la Conferencia.

También dijo estar complacida con el llamado colectivo en favor de la solidaridad y el trabajo conjunto. La región aún no está en camino de alcanzar los ODS. Se necesitan más esfuerzos intersectoriales



Sesión de trabajo en la sede de la OPS durante el Comité Ejecutivo

y brindarle mayor atención a la interculturalidad, equidad e incorporación de poblaciones vulnerables.

Por otro lado, comentó que los devastadores impactos de la pandemia, sobre todo en la salud mental, requerirán más recursos humanos e integración en la Atención Primaria de Salud (APS), donde se puede mejorar la salud mental comunitaria.

Subrayó que los sistemas de regulación nacionales tuvieron un papel clave a lo largo de este periodo, y que estos debían poder realizar sus funciones en base a la ciencia, con la

vigilancia fortalecida, incluida la genómica; intercambio de información; advertencias precoces y acceso oportuno a los datos.

Finalmente, la Directora de la OPS, ratificó el espíritu del panamericanismo que siempre ha caracterizado a la región de las Américas.

¹ *Directora de la OPS pide mayor cooperación para aumentar la autosuficiencia regional de productos médicos [Internet]. ReliefWeb. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/directora-de-la-ops-pide->*

mayor cooperación para aumentar la autosuficiencia regional de productos médicos

² *Ibídem*

³ *La producción regional de vacunas reforzará la preparación frente a pandemias en las Américas [Internet]. Paho.org. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/13-7-2022-produccionregional-vacunas-reforzarapreparacion-frente-pandemiasamericas>*

⁴ *Ibídem*

Por: Dra. C. Tania del Pino Más
Dra. Evelyn Martínez Cruz

ACTUALIZACIÓN DE LA COVID-19 EN EL PAÍS



El periodo comprendido entre marzo y junio de 2022 se ha caracterizado por una mejoría de la situación epidemiológica de la COVID-19. Después de la última oleada de casos producida en enero por la variante ómicron, se ha observado una disminución progresiva de la circulación del virus, así como de los casos severos y fallecidos. El último deceso por esta causa se reportó en la Semana Epidemiológica (SE) 19.

Entre las SE nueve y 30 de 2022, objeto de este análisis, se observa un discreto incremento en el mes de marzo, con una posterior disminución progresiva hasta tener menos de 200 casos semanales durante junio. Sin embargo, a partir de la 27, y durante todo julio, se produjo un incremento de casos de 219% en relación con los de junio; es decir, de 22 a 69 casos diarios como promedio (Figura 1).

El porcentaje de positividad de las muestras presenta el mismo patrón de comportamiento, con una disminución progresiva desde abril, que se ha mantenido por debajo de 3% durante mayo y de 1% durante junio, pero que incrementó gradualmente en julio con un pico máximo de 5.6% el 25 de julio (Figura 2).

A medida que incrementó la cobertura de vacunación antiCOVID-19 con los

Figura 1. Casos reportados de COVID-19 en Cuba por Semana Epidemiológica desde la 1 a la 30 de 2022
Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP

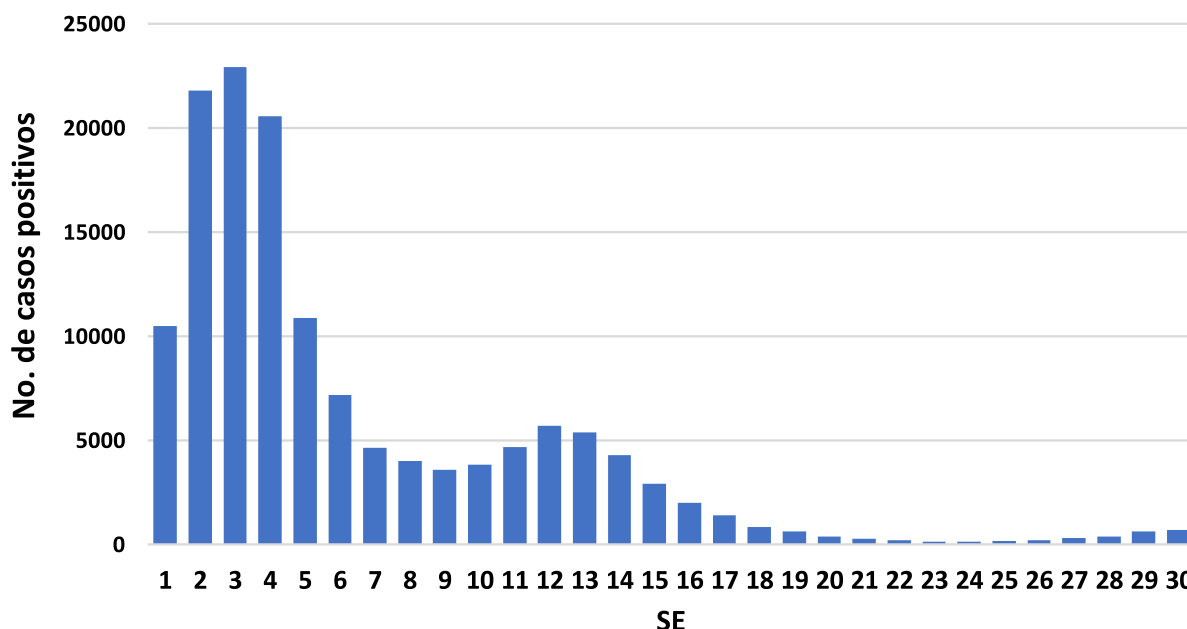
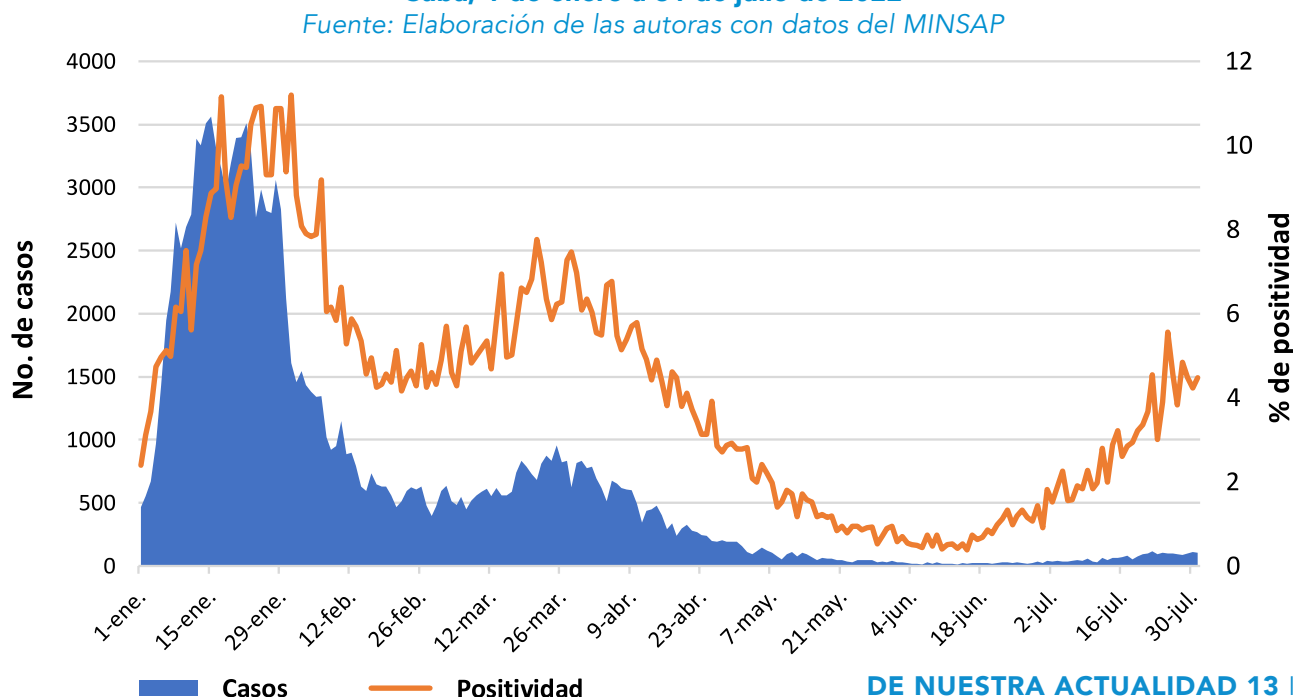


Figura 2. Casos diarios y porcentaje de positividad por COVID-19 Cuba, 1 de enero a 31 de julio de 2022
Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP



inmunógenos cubanos, fue evidente el efecto positivo sobre la transmisión de la enfermedad, con disminución de los casos, los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y los fallecimientos. Desde el 10 de mayo no se reportan fallecidos (Figura 3).

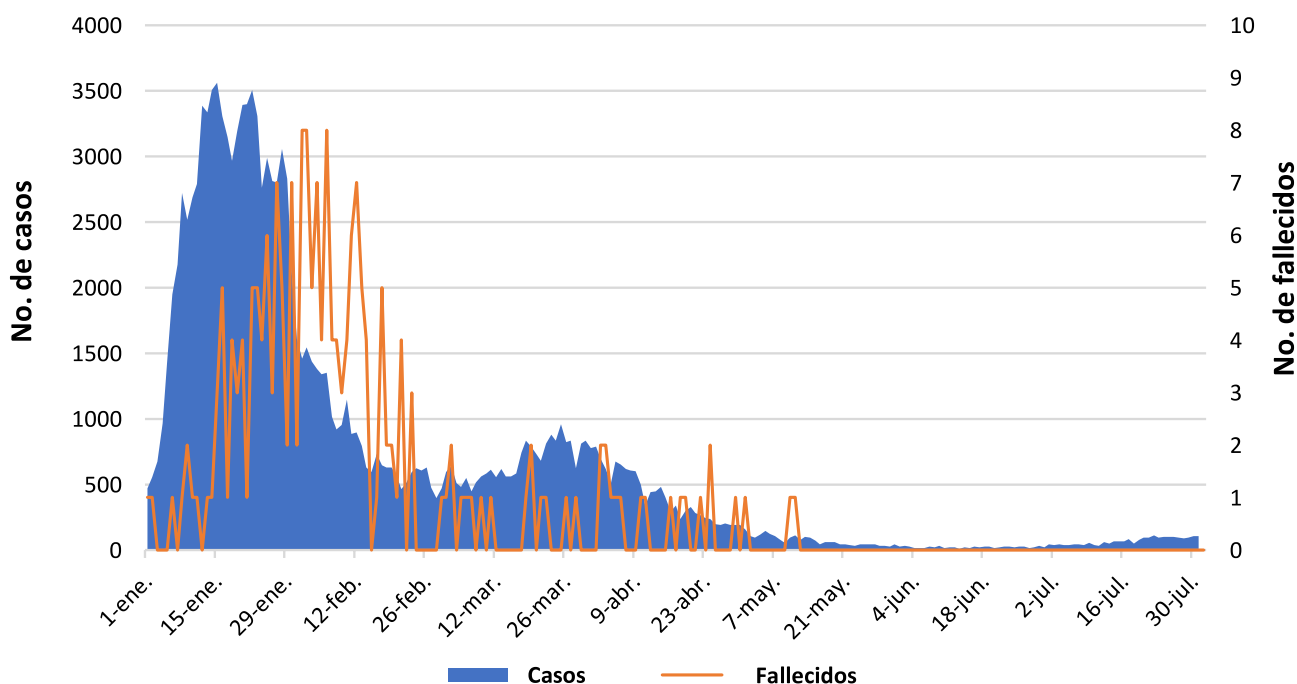
Entre el 11 de marzo de 2020 y el 31 de julio de 2022 se

acumulaba un total de 1 108 201 casos detectados de COVID-19, en 14 036 595 muestras analizadas en el territorio nacional, con una positividad general de 7.9%. El total de muertes asciende a 8 529, para una letalidad de 0.8%. De estos fallecimientos, 206 (2.4%) han ocurrido durante 2022, y solo 34 entre marzo y julio.

Durante 2022, el territorio con las mayores tasas de incidencia de casos ha sido el Municipio Especial Isla de la Juventud, seguido de las provincias Ciego de Ávila, Mayabeque y Sancti Spíritus, pero muy por debajo de las tasas reportadas por todos los territorios durante 2021, año en el cual las provincias con mayor transmisión fueron Pinar del Río y Cienfuegos (Figuras 4 y 5).

**Figura 3. Casos y fallecidos reportados por día
Cuba, 1 de enero a 31 de julio de 2022**

Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP



**Figura 4. Tasa de incidencia de casos de COVID-19 por provincias en Cuba.
Años 2020, 2021 y 2022**

Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP

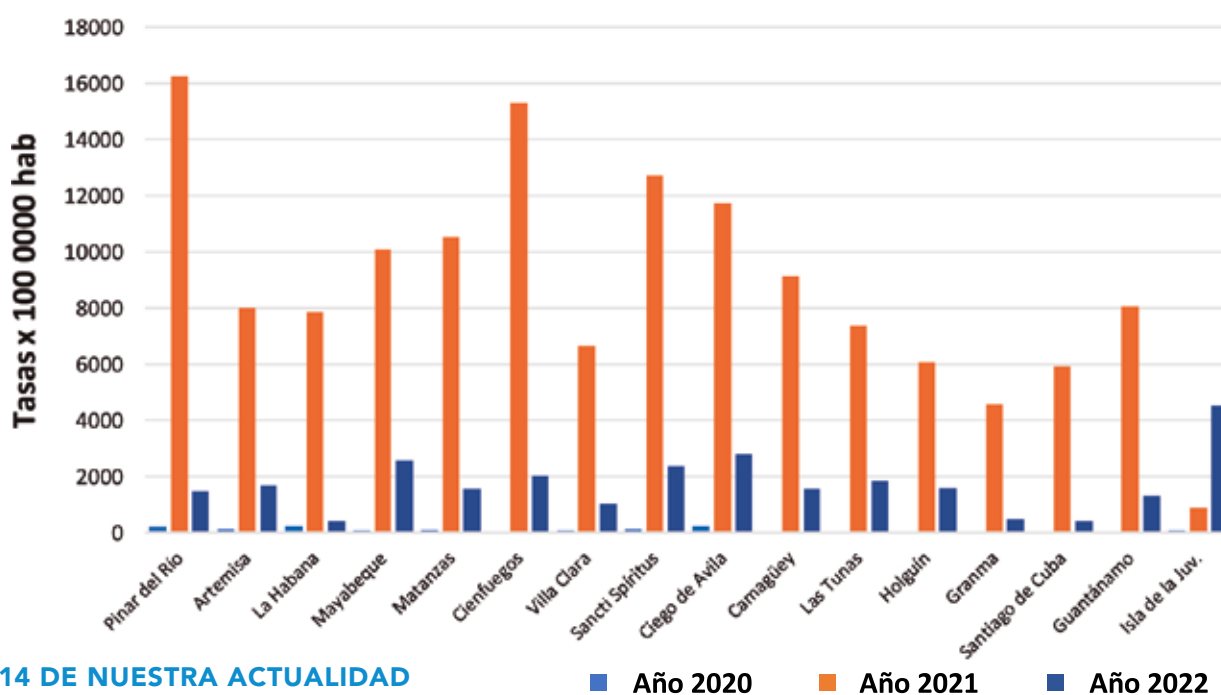
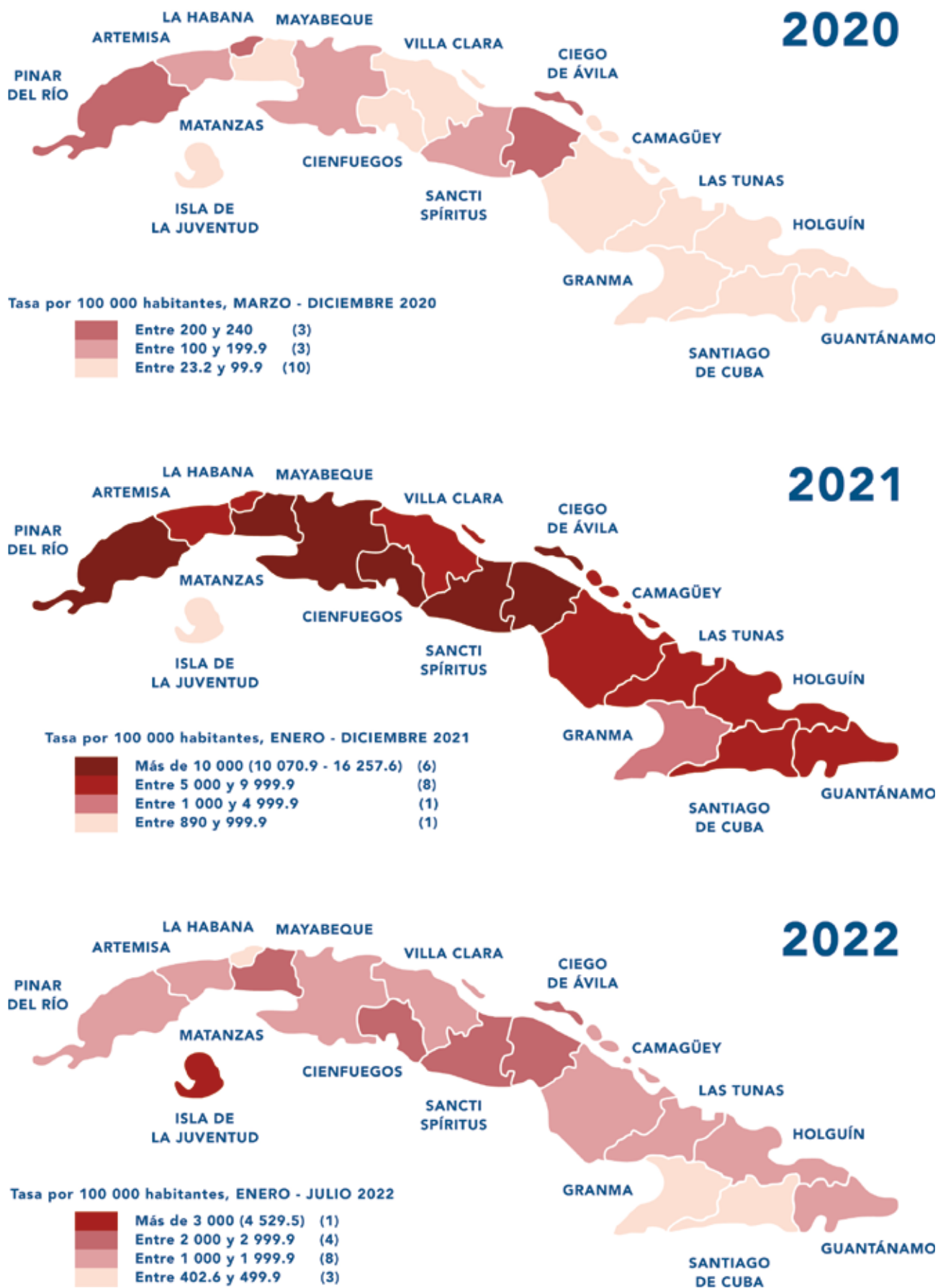


Figura 5. Tasa de incidencia de por provincias en Cuba. Años 2020, 2021 y 2022

Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP



La letalidad (fallecidos/casos) fue superior en 2020 y disminuyó en los dos años posteriores, hasta 0.1% en lo que va de 2022. Durante 2020 la mayor letalidad se observó en la provincia Villa Clara (2.1%), mientras que en 2021 fue superior en Ciego de Ávila (1.4%). En 2022, Santiago de Cuba y el Municipio Especial Isla de la Juventud tienen hasta ahora las mayores cifras (0.5%) (Tabla 1).

La subvariante BA.2 de ómicron predominó en el país durante el primer semestre de 2022. Sin embargo, a partir del mes

de junio, desde la semana 24, ha incrementado la circulación de la subvariante BA.5 en algunas provincias occidentales. Estas variantes son capaces de reinfectar a personas con infecciones previas y a vacunadas, pero con cuadros más leves, por lo que se presentan pocos casos severos.

Al cierre de julio de 2022, el 90.1% de la población total del país (99.7% de la vacunable) había recibido un esquema completo de vacunación primaria -que consiste en tres dosis-, y 67.2% tenía dosis de

refuerzo (94.3% de la vacunable). Los niños de dos y más años se han incluido en este proceso de inmunización. Desde mediados de mayo se inició el segundo refuerzo en los trabajadores de la salud y las personas mayores de 50 años. En población infantil, 98% de los niños y adolescentes entre dos y 18 años cuenta con un esquema completo. Un total de 39 426 014 dosis de vacunas habían sido administradas a la población cubana hasta el 31 de julio de este año. Esto hace que Cuba tenga la mayor cantidad de dosis por cada 100 habitantes en el mundo.

TABLA 1: CASOS DE COVID-19 Y LETALIDAD POR PROVINCIAS. CUBA, 2020-2022

Fuente: Elaboración de las autoras con datos del MINSAP

Provincia	2020		2021		2022	
	Casos (#)	Letalidad (%)	Casos (#)	Letalidad (%)	Casos (#)	Letalidad (%)
Pinar del Río	1259	0,4	94710	0,6	8517	0,1
Artemisa	717	0,4	41216	1,2	8540	0,2
La Habana	4942	1,5	168066	0,7	8567	0,1
Mayabeque	298	0,0	38898	0,9	9764	0,1
Matanzas	731	1,1	76037	0,8	11142	0,2
Cienfuegos	190	1,1	62055	0,6	8145	0,0
Villa Clara	562	2,1	51484	0,9	7792	0,2
Sancti Spíritus	623	1,1	58897	0,6	10920	0,1
Ciego de Ávila	1049	1,7	50892	1,4	11940	0,2
Camagüey	269	0,4	69439	0,9	11871	0,1
Las Tunas	154	1,3	39319	0,8	9832	0,1
Holguín	282	1,8	62200	1,2	16224	0,0
Granma	190	0,0	37531	1,2	3834	0,3
Santiago de Cuba	543	1,1	62162	0,9	4373	0,5
Guantánamo	188	0,5	40768	1,2	6482	0,3
Isla de la Juventud	59	1,7	743	0,8	3790	0,5
Cuba	12056	1,2	954417	0,9	141733	0,1



Abuela y nieto en un parque de La Habana

El alto nivel inmunitario de la población ha permitido un mayor control de la COVID-19 en el país en los últimos meses. Teniendo en cuenta estas favorables condiciones epidemiológicas, además de la eliminación de varias restricciones durante el primer trimestre de 2022, a partir del 31 de mayo se decidió realizar nuevos ajustes en el protocolo de atención, con modificación de algunas de las medidas del Plan Nacional de Enfrentamiento. En ese sentido, se pueden mencionar las siguientes:

- Se eliminó la obligatoriedad del uso del nasobuco para todas las actividades sociales, excepto en consultas médicas y servicios de hospitalización que lo requieran; en áreas con restricción durante los controles de brotes; y en las personas con síntomas respiratorios. Se recomendó su uso en personas vulnerables como medida de protección,

y en escenarios con aglomeración de personas.

- Se mantiene la decisión de no permitir la entrada de personas con síntomas respiratorios a centros de trabajo, escuelas y universidades, así como de garantizar en esas instituciones los recursos necesarios para el lavado y la desinfección de las manos.
- Es obligatoria, al menos una vez al día, la desinfección de superficies de uso colectivo con hipoclorito de sodio al 0.5% o solución hidroalcohólica al 70%.
- Se continúan las capacitaciones sistemáticas y actualizadas a los trabajadores, sobre las normas higiénicas de protección individual y colectiva.
- El Grupo de Trabajo Temporal pasó a sesionar semanalmente y se suspendieron las conferencias de prensa. Durante dos años, estas conferencias de prensa fueron diarias, luego pasaron

a ser semanales. Estuvieron a cargo del Director Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública.

La reapertura de instituciones recreativas y el inicio de actividades veraniegas conllevaron a que, los últimos días de junio, se reportara un discreto incremento de casos. Ante este escenario, el llamado de las autoridades de salud fue a elevar la percepción del riesgo, para evitar que se produzca una nueva ola de contagios. Asimismo, desde el 20 de julio se orientó nuevamente el uso del nasobuco en medios de transporte colectivo y círculos infantiles; además de aplicar el segundo refuerzo de la vacunación a la población comprendida entre los 19 y 49 años. Continúa la vigilancia intensificada de la enfermedad.

Por: Dra.C Susana
Borroto Gutiérrez
MSc. Alina Pérez Carreras

CIFRAS, DATOS E INDICADORES DE LA COVID-19 EN CUBA.

Del 11 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022

1 108 201

total de casos

8 529

total de defunciones

9 907

x 100 000

habitantes

tasa de incidencia acumulada

0.8%

tasa de letalidad acumulada

14 036 595

pruebas realizadas

7.9%

% de pruebas positivas

37 430 947

dosis de vacunas aplicadas

96.3%

de la población cubana con al menos una dosis de vacuna

90%

de la población cubana con esquema completo de inmunización

97.5%

de la población pediátrica vacunada

67%

de la población con al menos una dosis de refuerzo

Enero 2020

Aprobación del Plan Nacional de Enfrentamiento a la pandemia

Febrero 2020

Participación de una viróloga del IPK en entrenamiento organizado por OPS en México

Marzo 2020

Detección de los primeros casos de COVID-19 en Cuba

Notificación de primer evento de transmisión local

Inicio de restricciones paulatinas a viajes internacionales

Mayo 2022

Aplicación de segundo refuerzo en la vacunación

Enero 2022

Detección de la variante ómicron

Diciembre 2021

Aplicación de primer refuerzo en la vacunación

Noviembre 2021

Reinicio de los viajes interprovinciales

Reapertura de puertos y aeropuertos

Octubre 2021

Inicio de administración de vacuna Abdala para población entre 2 y 18 años

**COVID
en CU
2020-2**

COVID-19 CUBA 2022

Noviembre 2020

Reapertura
de los aeropuertos

Enero 2021

Aprobación de nuevas
medidas restrictivas

Marzo 2021

Aprobación por CECMED
de ensayos clínicos fase III
de Soberana 02 y Abdala

Aprobación por CECMED
de estudio de intervención
en grupos de riesgo

Abril 2021

Completados 27 Laboratorios
de Biología Molecular en el país

Mayo 2021

Detección de la variante
delta en Cuba

Aprobación por MINSAP
de intervención de salud
pública en grupos
y territorios de riesgo

Julio 2021

Inicio de administración
de vacuna Abdala
en personas mayores
de 19 años, incluidas
embarazadas,
madres que lactan
y trasplantados

Septiembre 2021

Inicio de administración
de vacuna Soberana 02
en población
entre 2 y 18 años;
y vacuna Soberana Plus
en convalécientes
mayores de 19 años

Reinicio de las clases
presenciales

Agosto 2021

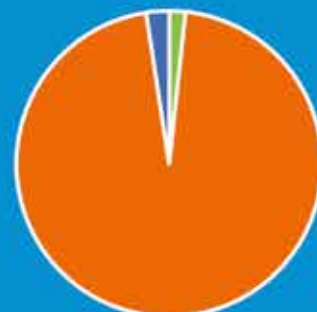
Inicio de administración
de vacunas Soberana 02
y Soberana Plus
en personas mayores
de 19 años

**CASOS POSITIVOS DE COVID-19
POR AÑOS. CUBA, 2020-2022**



2020	12 056
2021	954 417
2022	141 728

**FALLECIDOS DE COVID-19
POR AÑOS. CUBA, 2020-2022**

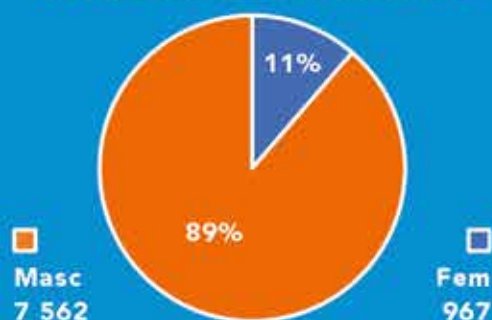


2020	206
2021	8 177
2022	146

**CASOS DE COVID-19
SEGÚN SEXO. CUBA, 2020-2022**



**FALLECIDOS DE COVID-19
SEGÚN SEXO. CUBA, 2020-2022**



COVID-19 EN CUBA:



SEGUIMIENTO A PERSONAS CONVALECIENTES

Durante los dos últimos años los gobiernos han enfrentado la COVID-19 mediante un enfoque de riesgo, que ha sido vital con vistas a controlar la pandemia. Para este fin han resultado muy útiles las orientaciones técnicas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como el acercamiento permanente a las experiencias de los diferentes países.

En Cuba, desde marzo de 2020 se incluyó en la respuesta nacional la estrategia para el seguimiento de las personas convalécientes, la que cuenta con un marco legal basado en la identificación y el reconocimiento de medidas para la prevención, mitigación, preparación, respuesta y recuperación. También incluye la declaración de disposiciones

jurídicas que permitieron el ordenamiento de actividades y responsabilidades de los distintos sectores de la economía, incluso en la etapa postCOVID-19¹.

Evitar nuevos brotes de esta enfermedad en el territorio nacional constituye una prioridad para el país, y el avance significativo en la estrategia de vacunación ha permitido aproximarse a ese propósito. Actualmente, los indicadores que muestran el comportamiento de la epidemia son favorables. Sin embargo, pese a los resultados positivos, es necesario no confiarse para no disminuir la percepción del riesgo.

Alrededor del mundo se han realizados múltiples investigaciones sobre el estado de salud de los pacientes al

finalizar la fase aguda de la COVID-19; y se ha comprobado que pueden mantener efectos a largo plazo como consecuencia de la infección.

Existen diferentes términos para denominar esta condición: COVID-19 de larga duración; persistente; postagudo (con sintomatología hasta tres semanas posteriores a la infección); crónico; y condición Post COVID-19 (cuando los síntomas persisten después de las 12 semanas)².

COVID persistente es un término muy utilizado. En este caso los síntomas permanecen durante un período mínimo de tres meses (12 semanas) tras la fase aguda de la infección, y no son atribuibles a otras causas. Doce semanas son el marco temporal establecido por la OMS, por considerarse

el tiempo mínimo necesario para descartar otras patologías y asegurar un periodo de convalecencia³.

Por otra parte, condición Post COVID-19 es la denominación más extendida; utilizada incluso por la OPS/OMS⁴. Se considera que una persona la padece cuando posee antecedentes de infección por SARS-CoV-2, probable o confirmada, con una manifestación que se produce generalmente tres meses después de iniciados los síntomas y dura al menos dos meses, sin que pueda explicarse con un diagnóstico alternativo.

La sintomatología puede ser variada, diferente a la experimentada durante el inicio de la enfermedad, y puede reaparecer con el tiempo. Significa que han desaparecido los síntomas previos y no hay evidencias de la persistencia del virus. Tal condición incluye la aparición de secuelas posteriores a la fase aguda de la enfermedad, y, de manera especial, se prevé el seguimiento a quienes presentaron

COVID-19 grave, que fueron atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y que posteriormente también presentan secuelas⁴.

Existe consenso en que las manifestaciones y los síntomas más frecuentes son:

- **Sistémicos** (fatiga, cansancio, falta de energía o debilidad, malestar general y fiebre)
- **Neurocognitivos** (pérdida de memoria, dificultad de concentración, "niebla mental" o confusión)
- **Respiratorios o cardiovasculares** (tos, dolor de garganta, dificultades para respirar, presión en el pecho, entre otros)
- **Neurológicos y neuromusculares** (distorsión del olfato y/o el gusto, dolor de cabeza, falta de reflejos)
- **Musculoesqueléticos** (dolor articular o muscular, limitación en la movilidad)
- **Psicológicos y psiquiátricos** (ansiedad, depresión o alteraciones del sueño)⁵.

A la hora de realizar el diagnóstico, aquellos aspectos que deben considerarse en los pacientes son:

- Problemas de salud anteriores
- Problemas de salud a los que se les puede atribuir la sintomatología
- Presencia de alteraciones de las funciones de algunos órganos y/o de estructuras anatómicas, así como de otras enfermedades o comorbilidades
- Diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2, ya sea por test de antígeno o PCR-RT
- Posibles daños orgánicos o secuelas de la fase aguda y posible tratamiento a seguir en la valoración diagnóstica Post COVID-19.

La evaluación a partir de un protocolo establecido (evaluación protocolizada) de los pacientes convalecientes facilita un uso racional de los recursos y contribuye con una oportuna rehabilitación, bajo una adecuada conducción del sistema sanitario. Esta evaluación se realiza con la participación de diferentes especialistas, entre los que se encuentran los del Primer Nivel de Atención (PNA). Así, los pacientes pueden ser conducidos por los diferentes niveles de la red integral de servicios de salud.

El tratamiento para la condición Post COVID-19 depende de los signos y síntomas que tenga cada persona. El manejo de los casos puede requerir rehabilitación, modificaciones de la rutina diaria, cambios en los estilos de vida y cuidados especializados de las complicaciones más severas. Incluso, se puede necesitar atención de emergencia si aparecen complicaciones con riesgo para la vida.

Lograr medir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida

Atención a paciente pediátrico en servicios de salud





Atención a paciente pediátrico en servicios de salud

es un elemento relevante, y ello se consigue al analizar la alteración funcional en diversos ámbitos de la vida de los pacientes, como son: familiar, laboral y social. También se expresa la necesidad de investigar qué impide el retorno al estado de salud habitual previo a la infección, en especial en los casos que resultaron más afectados.

Con vistas a conocer mejor la condición Post COVID-19, en el país se han realizado diferentes investigaciones en múltiples instituciones sanitarias. Se han hecho estudios a través de la epidemiología sobre mecanismos patogénicos, criterios diagnósticos y manifestaciones clínicas. Asimismo, se han examinado los resultados en el seguimiento a pacientes pediátricos; la rehabilitación integral de las personas y la descripción de algunos aspectos clínicos entre quienes se han recuperado, unido a otros factores.

Actualmente, con la evolución de la enfermedad, esa condición representa una incertidumbre para los

profesionales de la salud, que no cuentan con todas las certezas y herramientas para realizar un diagnóstico preciso. En la mayoría de los casos dependen del relato del paciente sobre su sintomatología y el impacto que refieren en su funcionalidad y calidad de vida. Para seguir avanzando resulta necesario un mayor conocimiento y nuevas evidencias.

¹ Álvarez AB. Ministerio de Salud Pública de Cuba prepara disposiciones jurídicas para una etapa pos COVID-19 [Internet]. *Cubadebate*. 2020 [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/05/30/ministerio-desalud-publica-de-cuba-preparadisposiciones-juridicas-para-una-etapa-pos-covid-19/>

² Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Cuadrado ML, Florencio LL. Defining Post-COVID Symptoms (Post-Acute COVID, Long COVID, Persistent Post-COVID): An Integrative Classification. *Int J Environ Res*

Public Health. 2021 Mar 5;18(5):2621. doi: 10.3390/ijerph18052621. PMID: 33807869; PMCID: PMC7967389.

³ Francisco OS. Guía clínica para la atención al paciente LONG COVID/COVID persistente [Internet]. *Semg.es*. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensosguias-y-protocolos/363-guia-clinica-para-la-atencion-al-paciente-long-covid-covidpersistente>

⁴ Soriano JB, Murthy S, Marshall JC, Relan P, Diaz JV; WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. A clinical case definition of postCOVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis*. 2022 Apr;22(4):e102-e107. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00703-9. Epub 2021 Dec 21. PMID: 34951953; PMCID: PMC8691845

⁵ *Ibíd*

Por: Dra. Lizette Pérez Perea



ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:

UN COMPLEJO ESCENARIO PARA LA POBLACIÓN CUBANA

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son prevenibles y en su mayoría se asocian a factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol; alimentación inadecuada; ingestión de bebidas azucaradas que producen sobrepeso y obesidad; inactividad física; y presión arterial elevada. Tales aspectos incrementan las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con estos padecimientos.

La situación anterior impacta negativamente en dos indicadores: expectativa de vida y vida saludable. A su vez, representa un problema para la salud de las poblaciones y un obstáculo para el desarrollo económico y social de los países. Las ENT causan elevados costos por tratamientos, que inciden directamente en la economía de los sistemas de salud, las familias y las sociedades en general. De forma indirecta, ocasionan pérdidas de productividad

significativas, porque cuando aparecen durante los años de vida útiles, provocan abandono de la actividad laboral, ausentismo, disminución del rendimiento en el trabajo e, incluso, ocasionan mortalidad prematura.

En la actualidad, dos años después de que comenzara la pandemia, la economía mundial tiene un comportamiento incierto. Los sistemas sanitarios han sido impactados con esta situación y millones de personas se mantienen en la pobreza. Todo ello igual ha tenido repercusión en Cuba, que además atraviesa por una transición demográfica avanzada debido a la disminución de la natalidad y el aumento del envejecimiento. El 21.3% de la población cubana tiene 60 años y más, lo cual se asocia a la presencia de enfermedades crónicas o comorbilidades.

El enfrentamiento a las ENT también está recogido en los Objetivos de Desarrollo

Sostenible (ODS). Lo relativo al control de las ENT adquiere expresión, específicamente, en el ODS 3, "Salud y Bienestar"¹; donde se incluyen metas enfocadas en:

- Reducir un tercio de la mortalidad prematura por ENT, mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico.

En el mundo cada año fallecen como promedio 41 millones de personas como consecuencia de las ENT, el 71% del total de las muertes en el planeta². En el caso de Cuba, nueve de las 10 primeras causas de muerte se corresponden con ENT y otros daños asociados. Se exceptúan

las originadas por influenza y neumonía. Todas mantienen un comportamiento similar hace varios años³.

Desde hace más de tres décadas las ENT constituyen el principal problema de salud en el país. La mayoría de la población fallece

por estas entidades, que se relacionan con más del 80% de las defunciones anuales en el territorio nacional⁴ (Tabla 1).

TABLA 1. CAUSAS DE MUERTE POR 100 000 HABITANTES

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. MINSAP. 2020

CAUSAS DE MUERTE	2015	2019	% DE VARIACIÓN	2020
Enfermedades del corazón	211.6	241.0	13.8	267.3
Tumores malignos	212.6	225.4	6.0	232.6
Enfermedad cerebrovascular	82.9	90.4	9.0	96.6
Influenza y Neumonía	56.3	74.9	33	62.6
Accidentes	47.0	49.9	6.2	47.7
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	35.0	39.0	11.4	31.3
Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares	26.2	23.9	-8.7	24.9
Diabetes mellitus	19.8	21.2	7.0	25.0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	12.7	17.3	36.2	18.1
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	12.8	13.1	2.3	13.8

Para conocer más a fondo el comportamiento de esos padecimientos, entre 2018 y 2020, el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), realizó en el país la Encuesta Nacional de Salud (ENS), que consistió en un estudio poblacional, descriptivo, transversal y con un diseño muestral en el que se incluyó la población entre seis y 14 años⁵, además de otros grupos etarios. Anteriormente se habían aplicado tres encuestas nacionales de factores de riesgo (1995, 2001 y 2010) que solo habían tenido en cuenta las personas de 15 años y más.

La ENS representa a un total de 9 321 061 personas. El tamaño de la muestra fue de 15 893 sujetos. Se realizó en 41 municipios y 66 áreas de salud distribuidas en zonas urbanas y rurales, entre las tres regiones del país. Incluyó 491 consultorios del médico y la enfermera de la familia, con un total de 7 217 viviendas, donde se tomaron datos de 1 554 niños y 14 339 adultos, todos distribuidos en ocho grupos de edad, desde seis hasta 75 años y más. Del grupo de adultos, 50.7% pertenecen al sexo femenino y 49.3% al masculino.

RESULTADOS MÁS SIGNIFICATIVOS DE LA ENS

Sobre la percepción del riesgo que causan a la salud determinados hábitos, el 87% de los encuestados refirió el consumo de productos de tabaco como de "mucho riesgo", con mayor prevalencia en las mujeres. El 86% mencionó la ingestión en exceso de bebidas alcohólicas; el 80.4% la adición de sal a las comidas elaboradas y el 80% la exposición al sol en exceso sin protección.

Consideraron de menor riesgo la insuficiente ingestión de



*Personas mayores realizando actividad física
en una Casa de Abuelos*

verduras y frutas y el déficit en la realización de ejercicios físicos; indicadores que alcanzaron mejores resultados que en la encuesta de factores de riesgo realizada en el 2010. El 85% de los encuestados calificó “sin problemas” su percepción subjetiva de calidad de vida relativa a la salud.

El factor de riesgo de mayor impacto es el consumo de tabaco. La prevalencia global del tabaquismo en Cuba reporta una tendencia al descenso, con 21.6%, en contraposición al 23.7% identificado en 2010. En los hombres el comportamiento fue del 28%, menor que el 31% de 2010; y en las mujeres fue de 15.4%, inferior al 16.4% anterior. Sin embargo, el grupo de 15 a 19 años incrementó la prevalencia a 12.7%, frente al 10.5% en 2010.

En el 78% del total de fumadores se reportó una iniciación temprana del consumo de tabaco antes de

los 20 años, similar a la de 2010 con un 75%. Se detectó menor prevalencia entre universitarios, con 17%; y se identificó que la media global de inicio del consumo de tabaco es de 17 años, sin diferencias por regiones del país. La región con mayor número de fumadores es occidente.

Los fumadores pesados, que son quienes consumen más de 20 cigarrillos por día, se incrementaron a 11.4% del total de fumadores encuestados; contra un 10% en 2010. Asimismo, se reportó que, en Cuba, seis de cada 10 fumadores desea abandonar el consumo, con predominio entre las mujeres. Por otro lado, el 33% de las personas encuestadas está expuesto al humo de tabaco ajeno en el hogar y el trabajo, sobre todo en la región occidental; cifra que correspondía a un 41% en 2010. Además, el 92% de los encuestados apoyaría leyes de prohibición del consumo de tabaco.

Sobre el consumo de bebidas alcohólicas, se reportó que el 68% de los consumidores inició entre los 10 y 19 años. El promedio de tragos por día es de ocho, con mayor frecuencia entre hombres mulatos y negros de la zona rural. El 73% reportó consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, contra el 67% identificado en 2010. Más del 80% de los bebedores se reportó en la categoría “bebedor social”.

En la evaluación nutricional realizada, la desnutrición y el bajo peso no constituyen problemas de salud en Cuba. Sin embargo, se reportó un incremento de peso en todos los grupos poblacionales estudiados. El sobrepeso global de los encuestados alcanzó el 56.4%, frente al 44% detectado en 2010; y la obesidad llegó al 21.4%, frente al 15.1% previo. En relación con la práctica de actividad física de las personas estudiadas, el 56.3% se consideró no activo, contra 46% en 2010.

Las mujeres se reportaron más inactivas que los hombres. El 72.6% del total se identificó con un nivel bajo de actividad física, contra un 56.1% de 2010. Y el 91% se consideró no activo en el tiempo libre.

En el grupo de seis a 14 años, el 40% se clasificó como no activos. El 15.2% está expuesto ante equipos electrónicos cuatro horas o más durante el día, y el 10.6% de los niños y adolescentes de las áreas urbanas duermen menos de ocho horas. Además, el 60% declaró consumir alimentos azucarados entre cinco y siete días a la semana.

El consumo de frutas y vegetales no se alejó mucho de lo reportado en 2010: cuatro veces por semana para vegetales y tres veces por semana para frutas. El 10% de los encuestados refirió no consumir vegetales. Entre los adultos, el 20% adiciona sal a las comidas elaboradas, a diferencia del 13.5% de 2010. Por otro lado, el 68% consume menos de ocho vasos de agua al día y el 16% no considera beneficioso para la salud beber dos litros de agua diarios.

La prevalencia global de Hipertensión Arterial (HTA) en los adultos encuestados es de 37.3%. En las mujeres se reportó un 40.2%. Se comprobó un aumento en el reporte de prehipertensos al 23%, de un 15% detectado en 2010.

Se catalogaron como controlados 51% de los hipertensos conocidos. El nivel de control incrementó en 10% en pacientes tratados y en 20% entre la poblacional. Se constató que la HTA es la responsable del 40% de la carga global de las ENT en Cuba.

Según las personas encuestadas, la diabetes mellitus alcanzó al menos 10% de prevalencia global, parecido a 2010; con un 12.2% en el caso de las mujeres y un 7.7% en los hombres. Se trata de una enfermedad predominante en zonas urbanas. Valga destacar que, en el año 2019, Cuba contaba con el mejor indicador de control metabólico en la región de las Américas.

Los encuestados reportaron como antecedentes patológicos personales los siguientes: dificultades para ver (28.6%); várices, dolor lumbar crónico y artrosis (entre 10 y 20%); hígado graso, dificultad para escuchar y artritis (entre 5 y 9%). En el 10% de las personas estudiadas se detectaron altos valores de colesterol total, contra un 8.4% identificado en 2010. A la par, se reveló un incremento de los triglicéridos en el 18%, contra un 15% en 2010. Ambos parámetros, con mayor frecuencia en la región oriental del país.

En el periodo comprendido entre 2000 y 2019 apenas se modificó

la probabilidad de morir en Cuba por las cuatro primeras causas de muertes relacionadas con las ENT. En 2019 fallecieron por enfermedades vasculares, de causa cardíaca, cerebrovascular y vascular, 39 885 personas (158.1 x 100 000 hab.); cifra que incrementó a 43 552 en 2020 (175.7 x 100 000 hab.).

Por tumores malignos fallecieron 25 307 personas en 2019 (112 x 100 000 hab.), y 26 056 en 2020 (117.5 x 100 000 hab.). Las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores aportaron 4 379 fallecidos en 2019 y 3 510 en 2020, con tasas de 18.2 x 100 000 hab. y 14.9 x 100 000 hab., respectivamente. Debido a diabetes fallecieron 2 381 personas en 2019 (10.2 x 100 000 hab.), y 2 806 en 2020 (12.4 x 100 000 hab.).

Los resultados evidencian que el tabaquismo es el mayor dilema para enfrentar el control de las ENT en el país. Después de Chile, Cuba muestra la cuarta tasa más elevada de este indicador en la región de las Américas. El tabaquismo es el principal factor de riesgo de las muertes ya sea por cardiopatía isquémica (22%), accidentes cerebrovasculares (16%); cáncer de pulmón (75%); o Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) (55%). Sin dudas, provoca una gran carga por enfermedad y discapacidad en el país, seguido de la HTA y la obesidad⁶.

ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENT (2020-2025)

Con el fin de entender mejor el escenario anterior y garantizar lo relacionado con el control de las ENT mediante el Análisis de la Situación de Salud, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), desde el año 2020, elaboró y aprobó la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ENT y sus factores de riesgo (2020-2025). De esta manera,

Asistencia en el Primer Nivel de Atención



se espera lograr resultados con la urgencia que se requiere y hacer sostenibles las acciones desde la gestión.

Sin embargo, la llegada al país de la epidemia de la COVID-19 modificó las prioridades existentes para poder enfrentar esa emergencia sanitaria. No es hasta finales de 2021, con otras condiciones epidemiológicas, que se le dio impulso a la mencionada estrategia, la cual apunta hacia la Esperanza de Vida Saludable (EVISA). Este término habla de que vale la pena vivir con calidad y sin discapacidad. Asimismo, la estrategia pretende disminuir la carga global de enfermedad, que hoy es mayoritaria. En conclusión, tiene como objetivo fundamental reducir la morbilidad, mortalidad prematura y discapacidad como consecuencia de las ENT, mediante el control de los factores de riesgo y factores protectores.

Sus líneas de acción se enfocan en:

- Legalidad, intersectorialidad, gestión integrada
- Promoción de salud y prevención de ENT con participación comunitaria
- Servicios de salud
- Vigilancia, evaluación e investigación, con la informática y argumentos económicos

En la práctica, se requiere un esfuerzo conjunto para asumir y aplicar esta estrategia, pues sobrepasa el Sistema Nacional de Salud. Ello, unido al comportamiento de las ENT en el país, que producen 197 muertes diarias con 67% de muertes prematuras, motivó que el Ministro de Salud Pública, Dr. José Angel Portal Miranda, presentara ante el Parlamento cubano la estrategia. La presentación

ocurrió en el Noveno Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP), en su IX Legislatura⁷.

La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y en especial el Primer Nivel de Atención (PNA) es el escenario ideal para las acciones necesarias con vistas al control de estas enfermedades y sus factores de riesgo. En esos ámbitos se pueden hacer acciones preventivas por parte del Equipo Básico de Salud (EBS) y de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) de los policlínicos. Estas instituciones cuentan con una sala de rehabilitación para realizar la llamada rehabilitación preventiva, y lograr así la recuperación de los pacientes, quienes no deben llegar a la discapacidad ni al agravamiento. En esa dirección es posible encontrar, por ejemplo: las rehabilitaciones respiratoria y cardiovascular, las consultas de deshabituación, entre otras.

A la par, el personal sanitario en los diferentes niveles de atención debe conocer sus funciones para contribuir con el manejo integral de los pacientes durante su tránsito a través de la red de salud. Y los colectivos de las universidades también tienen un papel decisivo, por su encargo en la producción de los conocimientos y por el vínculo con la comunidad para la gestión de los cambios que se requieran.

La estrategia deberá verse reflejada en diferentes investigaciones, previstas para realizarse sobre todo en la APS. El fin es mostrar evidencias y favorecer los ambientes de innovación y desarrollo. La comunicación oportuna, eficaz y responsable, dirigida a diferentes públicos, es esencial para el desarrollo de la estrategia.

En correspondencia, la promoción de salud y la

prevención de enfermedades también resultan de mucha importancia para el bienestar de la población. Se requiere de acciones comunitarias e intersectoriales teniendo en cuenta la complejidad de los problemas sanitarios y la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales y los daños a la salud. Todo ello, bajo el principio de no curar enfermos, sino evitar enfermedades.

¹ *Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. UNDP. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainabledevelopment-goals>*

² *75.a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Who.int. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/worldhealth-assembly/seventy-fifth-world-health-assembly>*

³ *Anuario Estadístico de Salud. 2020. Sld.cu. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-EstadisticoEspa%C3%B1ol-2020-Definitivo.pdf>*

⁴ *Cuba se enfoca en enfermedades no transmisibles: Ministro de Salud presenta estrategia para su prevención y control [Internet]. Cubadebate. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/07/21/cuba-se-enfoca-en-enfermedades-no-transmisibles-ministro-de-salud-presenta-estrategia-para-supervencion-y-control/>*

⁵ *Ibídem*

⁶ *Ibídem*

⁷ *Ibídem*

Por: Dra. Lizette Pérez Perea
Dr. Salvador Tamayo Muñiz



MÁQUINA LLENADORA Y ETIQUETADORA LLEGA A BIOCEN

CON APOYO DE LA UNIÓN EUROPEA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Desde 2020 se desarrolla en el país el proyecto “Mitigar el impacto en salud de la emergencia de la COVID-19 en Cuba”, resultado de un acuerdo de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Europea (UE), la cual realiza una contribución financiera de 1 500 000 euros. La iniciativa se lleva a cabo de conjunto con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Grupo Empresarial de las Industrias Biotecnológica y Farmacéutica (BioCubaFarma).

Entre los objetivos específicos del proyecto se encuentra fortalecer las capacidades nacionales de laboratorio

relacionadas con el diagnóstico, las vigilancias epidemiológica y terapéutica; de ahí que una de las acciones ejecutadas fue la adquisición de una línea de llenado y etiquetado automático de frascos plásticos con un medio líquido para transportar muestras clínicas. Esta sustancia se conoce como medio de transporte, y contiene una mezcla de aminoácidos, vitaminas, compuestos carbonados y sales que proporcionan condiciones nutricionales y de pH, lo que garantiza una adecuada preservación de la carga viral en las muestras. Tales insumos son indispensables para la toma de muestras de PCR-TR con vistas a lograr

las buenas prácticas clínicas en el pesquiasje masivo de la población, a partir de un adecuado manejo de las muestras nasofaríngeas.

Teniendo en cuenta un estudio realizado por los especialistas del Centro Nacional de Biopreparados (BioCen), empresa perteneciente a BioCubaFarma donde se instaló este equipamiento, se establecieron los requerimientos técnicos para la adquisición de esta alta tecnología, única en su tipo en la industria biofarmacéutica del país. Se analizaron y decidieron los diseños del envase plástico, las capacidades de producción y las operaciones incluidas,

como el llenado, cierre e identificación del frasco.

En general el análisis de las ofertas comerciales fue un proceso complejo, porque además de los altos estándares de calidad que debía cumplir el equipo ofertado, se tuvieron en cuenta los aspectos logísticos y financieros. Luego de todo ello, se concluyó la adquisición del equipo a una compañía dedicada al diseño y fabricación de líneas completas para el llenado de líquidos.

La máquina responde al modelo LYRA 400, con una capacidad productiva nominal de hasta 2 000 unidades por hora. Su diseño cumple con las guías vigentes de la UE, las especificaciones del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las guías de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de la Autoridad Reguladora Nacional (ARN), el Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED) de Cuba. Este conjunto de normas se enfoca en la fabricación de productos estériles.

Se trata de un sistema que realiza de manera continua y automática las operaciones de llenado de alta precisión, tapado, etiquetado e impresión de los frascos con medios de transporte para muestras. Todos estos procesos están regulados por una unidad de control digital única, que permite que un solo operario maneje el flujo de producción de forma eficiente. Cualquier falla relacionada con el volumen de llenado, la ausencia de tapas o etiquetas, y otras dificultades, son gestionadas de manera automática por esta unidad de control.

Como elemento para destacarse dentro del sistema, se encuentra la unidad de etiquetado e impresión, con capacidad para organizar en serie los



Visita a BioCen de la Sra. Isabel Brilhante Pedrosa, Embajadora de la UE en Cuba, y el Dr. José Moya, Representante de OPS/OMS

productos, a través de códigos de identificación. Ello constituye un gran apoyo a la trazabilidad, proceso que comienza en la industria, termina en el receptor final, y garantiza la seguridad y protección del paciente.

Asimismo, como parte de la compra, se adquirió una unidad de flujo laminar vertical, para reforzar la seguridad y calidad que deben caracterizar el proceso realizado por la máquina. Esta unidad cubre todo el perímetro operacional de la línea y permite la condición de esterilidad que se necesita para lograr un llenado aséptico, a pesar del momento en el que se expone el producto al ambiente. Lo anterior se logra a través del control del caudal de aire y la filtración de alta eficiencia de partículas.

La versatilidad de la tecnología permite diversificar los tipos de productos que pueden ser llenados. Inicialmente, el uso de esta máquina era para el llenado del medio de transporte BTV, específico para SARS-CoV-2, ya que cumple con todos los estándares internacionales, preserva la carga viral en las muestras y logra una alta fiabilidad en los ensayos de detección, además de contar con el registro

sanitario del CECMED. Por lo que permite también desarrollar otro medio de transporte, en este caso universal (BTU), para la detección del virus y otras enfermedades transmisibles, con lo cual se extiende el empleo de la tecnología que ya cuenta con autorización para uso de emergencia por el CECMED.

Al terminar la instalación y la puesta en marcha de la máquina, la Embajadora de la Unión Europea en Cuba, Sra. Isabel Brilhante Pedrosa, y el Representante de OPS/OMS, Dr. José Moya, visitaron la planta donde se encuentra ubicada con el fin de conocer los detalles del proceso. Allí pudieron constatar la calidad del equipamiento, conocer un poco más sobre su funcionamiento, e intercambiar con varios especialistas. Para ambas partes representa una gran satisfacción comprobar la utilidad de la colaboración que han impulsado en el campo de la biotecnología y la salud. Aspiran a promover nuevas iniciativas de esta índole, con vistas a consolidar las potencialidades del país en estas áreas.

*Por: Ing. Raúl Boué Gutiérrez
Dra. Lizette Pérez Perea*



DENGUE EN LAS AMÉRICAS

El dengue, la arbovirosis de mayor presencia y distribución en las Américas, nuevamente experimenta un alza en muchos países de la región y alcanza niveles epidémicos. Ello pone presión en los sistemas sanitarios, al igual que lo hizo la COVID-19. Urge intensificar las acciones integrales para encarar este problema de salud (Figura 1).

Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 28 del año 2022, se habían notificado un total de

2 026 730 casos de dengue (49.2%, confirmado por laboratorio) para una tasa de incidencia acumulada de 204.3 por 100 000 habitantes. Otras arbovirosis de importancia, como el chikungunya, introducido a finales de 2013, y el zika, introducido en 2015, también mantienen una presencia notable en la región (Figura 2).

En lo que va de 2022 el dengue alcanzó su punto máximo en la SE 17, a partir de la cual

se comenzó a observar una reducción (Figura 3). No obstante esto último, ya se superó el total de casos reportados en todo el 2021. Dado el complejo panorama con las enfermedades arbovirales en las Américas y el mundo, principalmente con el dengue, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el presente año la Iniciativa Global Integrada, para enfrentar las arbovirosis mediante la promoción de acciones integrales de control del vector transmisor.

**Figura 1. Casos de COVID-19 y dengue en las Américas.
Desde la Semana Epidemiológica 2 de 2019 hasta la 29 de 2022.**

Fuente: OPS

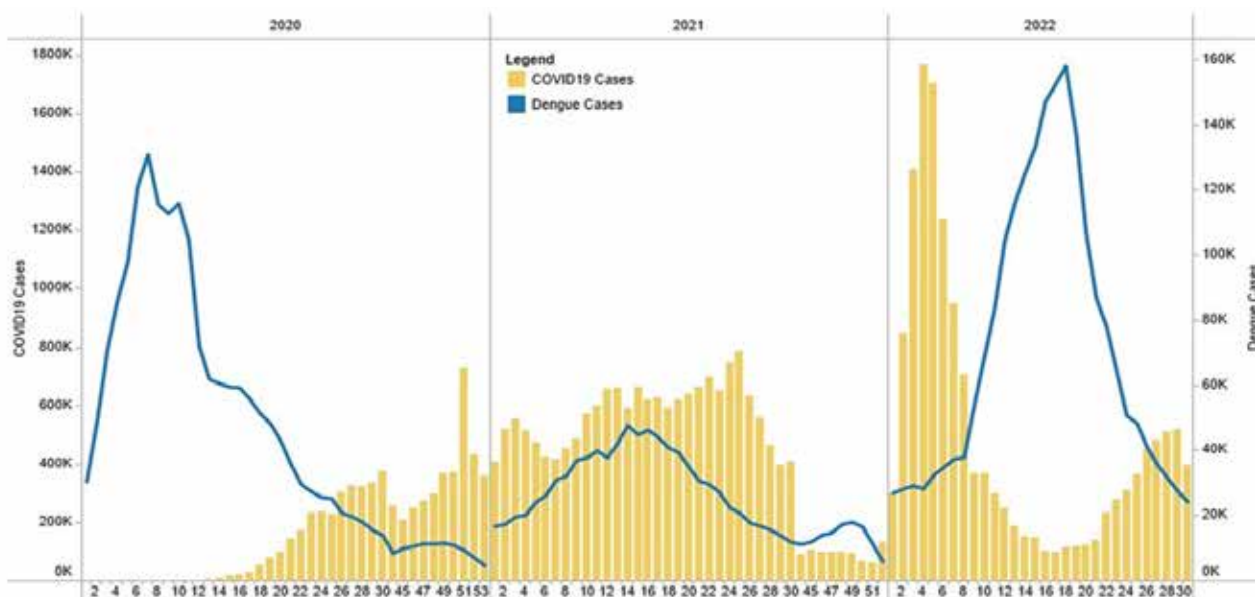


Figura 2. Distribución por año de casos notificados de dengue, chikungunya y zika. Región de las Américas, 2010-2022.

Fuente: Plataforma de Información de Salud para Américas (PLISA, PAHO/WHO).
Disponible en: <https://www.paho.org/plisa>

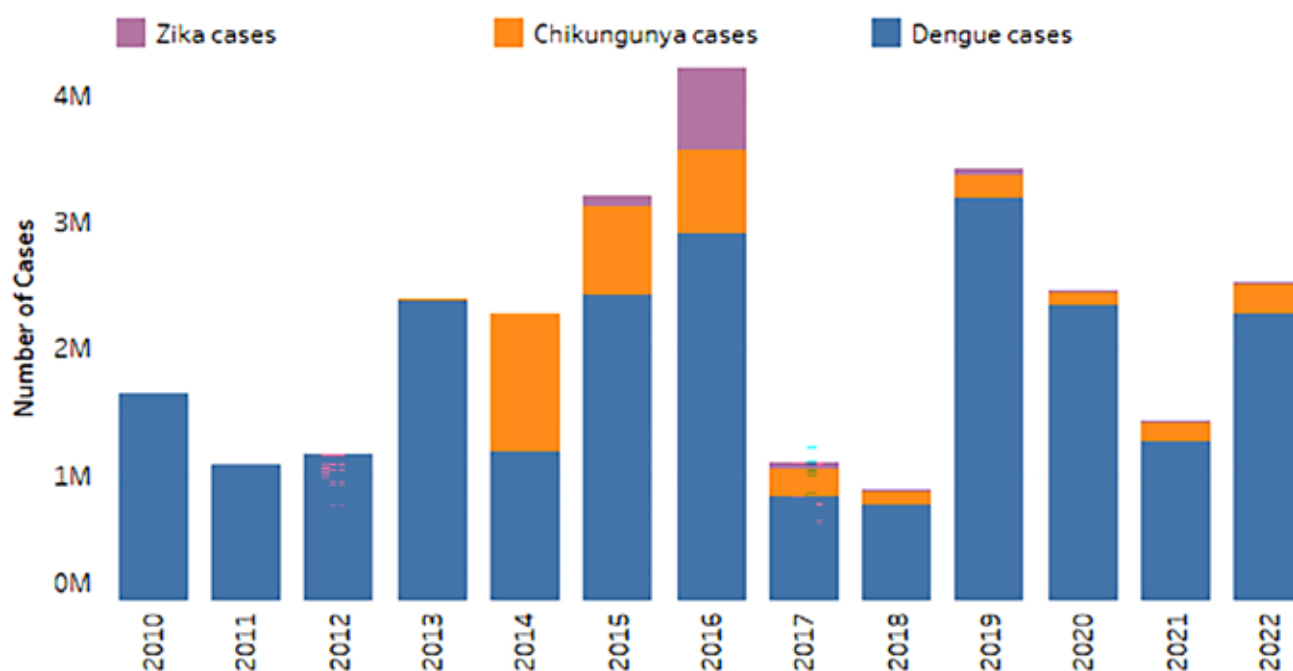
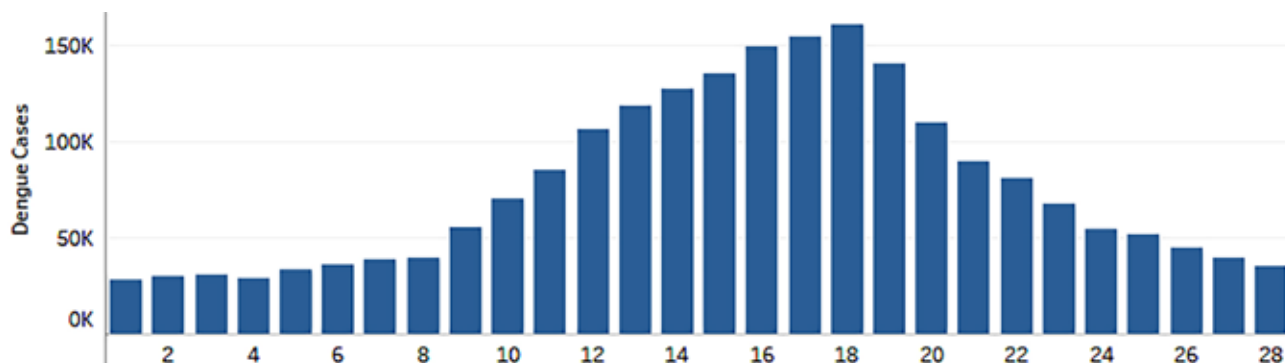


Figura 3. Distribución de casos de dengue por Semanas Epidemiológicas. Región de las Américas, 2022.

Fuente: Plataforma de Información de Salud para Américas (PLISA, PAHO / WHO).
Disponible en: <https://www.paho.org/plisa>



Brasil, debido a su extensión geográfica y numerosa población, es el país que tiene mayor reporte de la enfermedad, con 1 827 617 casos, lo que representa el 90.2% del total de casos de las Américas. Le siguen Perú con 55 892 casos (2.8%), Colombia con 34 014 (1.7%) y Nicaragua con 26 840 (1.3%). Los cuatro países con mayor incidencia acumulada de dengue son: San Bartolomé (1 242 casos por 100 000 habitantes); Brasil (854 casos por 100 000 habitantes);

Nicaragua (419 casos por 100 000 habitantes) y Perú (171 casos por 100 000 habitantes) (Figura 4).

La región mantiene la presencia de los cuatro serotipos del virus, con predominio de dengue 1 (DEN-1) y dengue 2 (DEN-2). Colombia, El Salvador, Guatemala y México notificaron la cocirculación de todos, mientras que Venezuela registra DEN-1, DEN-2 y dengue 4 (DEN-4) (Figura 5).

Del total de casos, 2 573 (0.1%) fueron graves. De estos, Brasil informó 1 148 (44.8%); Colombia 630 (24.6%); Honduras 234 (9.1%); Perú 174 (6.8%) y República Dominicana 114 (4.4%). Hasta la fecha se reportan 878 fallecidos, para una tasa de letalidad de 0.043%. Brasil concentra 737 de las muertes (83.9%), seguido por Perú con 68, y Colombia con 21. Por encima de la letalidad media regional se encuentran República Dominicana (0.476%),

**Figura 4. Incidencia de casos de dengue por 100 000 habitantes.
Región de las Américas, 2022.**

Fuente: Plataforma de Información de Salud para Américas (PLISA, PAHO/WHO).
Disponible en: <https://www.paho.org/plisa>

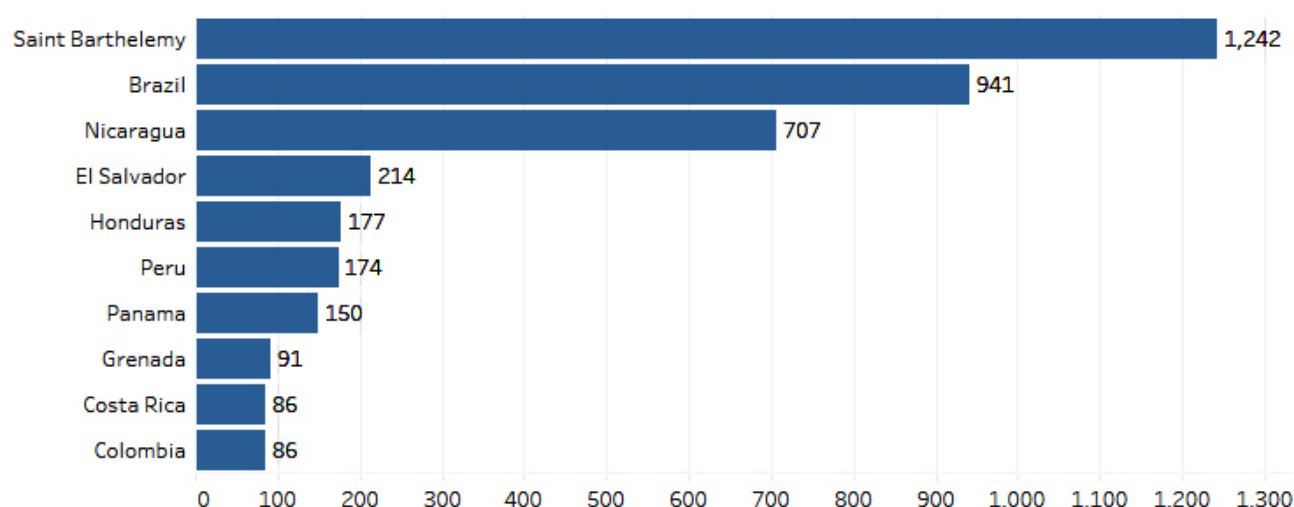


Figura 5. Distribución geográfica de serotipos del dengue en la Región de las Américas, 2022.

Fuente: Plataforma de Información de Salud para Américas (PLISA, PAHO/WHO).
Disponible en: <https://www.paho.org/plisa>

Country	DENV1	DENV2	DENV3	DENV4
Argentina	●	●		
Bolivia	●	●		
Brazil	●	●		●
Colombia	●	●	●	●
Costa Rica	●	●		
Cuba	●	●		
Dominican Republic		●		
El Salvador	●	●	●	●
Guatemala	●	●	●	●
Honduras	●	●		●
Mexico	●	●	●	●
Panama	●	●		
Paraguay	●	●		
Peru	●	●		
Puerto Rico	●	●		
Venezuela	●	●		●

Guatemala (0.202%),
Perú (0.119%) y
Venezuela (0.094%).

Las guías clínicas de la OMS sobre el manejo de pacientes con dengue, adoptadas en las Américas desde 2009, han sido una valiosa contribución. Otros esfuerzos desde la región son: la publicación de un instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis; la presentación de las directrices para el diagnóstico clínico

y tratamiento del dengue, el chikungunya y el zika; y la capacitación continua a los recursos humanos, entre otros. Todas estas acciones aportaron a la reducción de la letalidad, que estaba en 0.072% en 2010 y disminuyó a 0.043% en 2022; cifra inferior a la meta regional fijada de 0.05% (Figura 6).

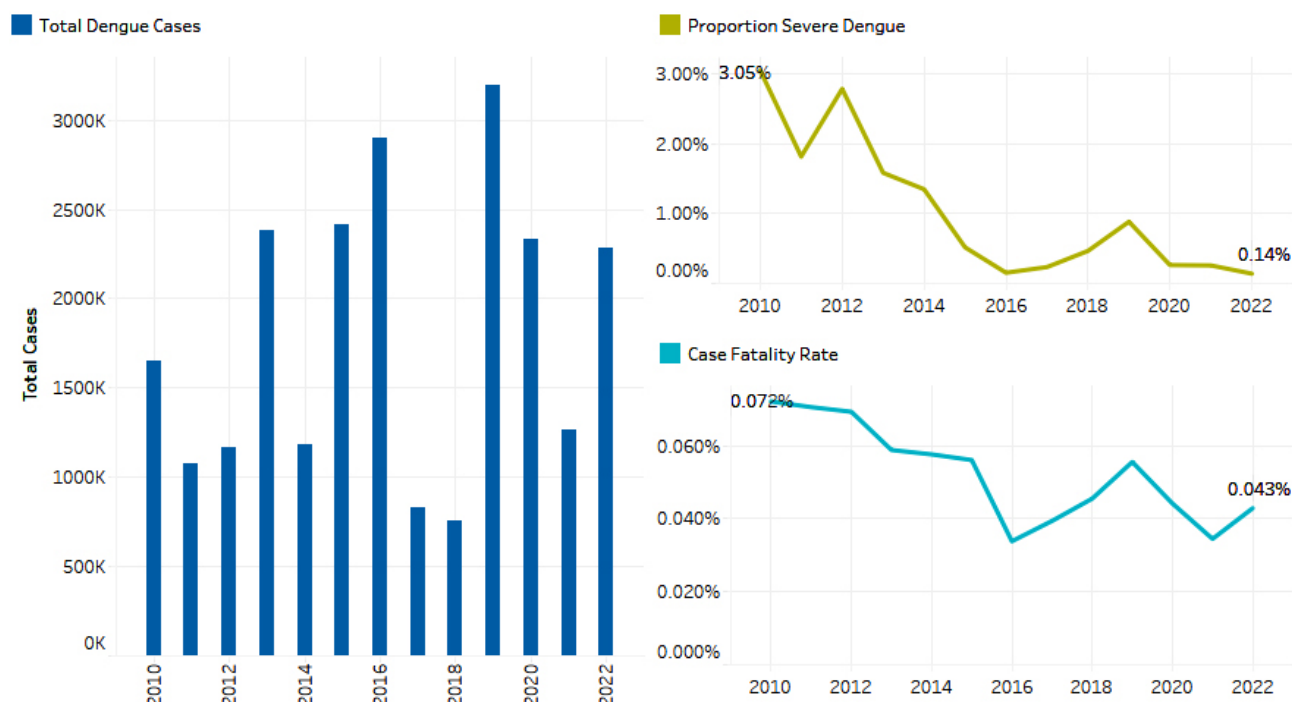
**APROXIMACIÓN A LA
CONTRIBUCIÓN DE
LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA
SALUD (OPS)**

El Programa Regional de Arbovirosis de la OPS realiza incansables acciones destinadas a modificar el panorama de estas enfermedades a corto, mediano y largo plazos. En 2003, en respuesta a la situación epidemiológica del dengue en la región, se creó la "Estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue", conocida como EGI-Dengue. La emergencia de otras arbovirosis determinó que la estrategia pasara a llamarse "Estrategia para la Prevención y Control de la Enfermedades

Figura 6. Distribución de casos de dengue notificados; proporción de casos de dengue grave y tasa de letalidad por dengue. Región de las Américas, 2022.

Fuente: Plataforma de Información de Salud para Américas (PLISA, PAHO/WHO).

Disponible en: <https://www.paho.org/plisa>



Arbovirales”, comúnmente denominada EGI-Arbovirosis; la que fue aprobada por los Estados Miembros mediante una resolución de 2016.

Con esta estrategia se robustece el enfoque y la acción integrada para prevenir y controlar esas enfermedades; se ayuda al fortalecimiento de los servicios de salud en cuanto a su capacidad para el diagnóstico diferencial y el manejo clínico; se aporta a la evaluación y el desarrollo de la capacidad de vigilancia, así como al control integrado de los vectores en los países; y se fortifica la capacidad técnica de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus (RELDA) en la región, surgida en 2008 para el dengue.

La EGI-Arbovirosis consta de seis componentes: gestión, epidemiología, atención al paciente, laboratorio, manejo integrado de vectores y medio ambiente. Además, posee un eje transversal relacionado con la comunicación para el cambio

de actitud y la investigación operativa. Asimismo, incluye abogacía, movilización de recursos, alianzas, desarrollo de capacidades, monitoreo y evaluación; factores considerados facilitadores de la estrategia en los países (Figura 7). Su puesta en marcha tiene como fin reducir la mortalidad, los efectos agudos y crónicos, defectos congénitos y las muertes causadas por estas patologías.

La llegada de la COVID-19 implicó limitaciones, pero no detuvo los esfuerzos en el enfrentamiento a las arbovirosis. Por ejemplo, ya se venían desarrollando iniciativas en línea, como las destinadas al aprendizaje y el manejo de datos, cuya ejecución y perfeccionamiento se aceleraron con la pandemia. Además, se impulsaron otras herramientas, y fue así como se pusieron a disposición de los Estados Miembros nuevas modalidades de cooperación técnica, con el fin de lograr la sostenibilidad de la EGI-Arbovirosis en este

complejo contexto. Cabe destacar las siguientes iniciativas:

- **Programa del Aula Regional para capacitadores en prevención y control de enfermedades arbovirales**

Destinado a profesionales y técnicos encargados de la gerencia, coordinación, conducción e implementación de las EGI – Arbovirosis nacionales, así como a profesores llamados a liderar la capacitación continuada de recursos humanos vinculados con la prevención y el control de enfermedades arbovirales.

El aula regional está dividida en seis secciones para la capacitación integral en cada componente de la EGI. La sección del componente de atención al paciente ha sido la primera en desarrollarse y completarse.

Esta iniciativa crea capacidades para impulsar y consolidar la formación técnica de los

Figura 7. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, EGI-Arbovirosis.

Fuente: Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas. <https://iris.paho.org>



recursos humanos mediante un foro de consulta permanente y en tiempo real que permita reforzar su preparación. Ayuda a la estandarización y difusión de conocimientos, procesos y métodos de trabajo, sobre la base de las mejores prácticas de cada componente. Otro de sus objetivos es aglutinar un grupo de profesionales del más alto nivel y experiencia en prevención y control de estas enfermedades para apoyar la cooperación técnica.

• **Programa de manejo clínico del dengue**

Destinado a los médicos designados referentes nacionales, estatales, departamentales y de regiones sanitarias, miembros de las redes de expertos en el diagnóstico y manejo clínico del dengue en cada país.

El programa está dividido en siete módulos que incluyen información sobre fisiopatología de las manifestaciones clínicas, diagnósticos clínico y diferencial, clasificación de gravedad, y recomendaciones para el manejo del dengue según gravedad y comorbilidades de pacientes. Además, ofrece una guía para el análisis de un caso de dengue y trata aspectos básicos sobre la organización de los servicios de salud durante epidemias, lo cual también desempeña un papel importante para salvar la vida de los pacientes.

• **Red Internacional de Clínicos expertos en enfermedades arbovirales (RIC)**

La RIC – Arbovirosis la conforman los responsables de las redes nacionales de

clínicos, profesionales de larga experiencia nombrados por sus ministerios de salud. Está destinada a ofrecer asesoría técnica y capacitación en la organización de los servicios sanitarios para facilitar el manejo adecuado de estas enfermedades, con énfasis en el Primer Nivel de Atención (PNA). También apoya los procesos de elaboración, revisión, ajuste, implementación y actualización de las guías clínicas regionales de la OPS/OMS para el adecuado manejo de las enfermedades arbovirales, y contribuye con los países en los procesos de monitoreo y evaluación del componente de atención a los pacientes.

• **La Red Nacional de Clínicos**

Destinada a la conformación de una red nacional para

el manejo clínico de las arbovirosis al interior de cada país, la cual se encuentra bajo el liderazgo de los ministerios de salud. Esta red facilita los procesos de asesoría y capacitación, y cuenta con el apoyo de expertos clínicos del Grupo Técnico Internacional de Arbovirus (GT- Arbovirosis Internacional).

Lo relativo a la educación continuada, de acuerdo con la situación de cada país, también se coordina con una institución académica seleccionada por las autoridades nacionales de salud. El programa regional, las oficinas y puntos focales de OPS/OMS en los países, apoyan el cronograma de trabajo y facilitan materiales para la capacitación.

• Espacio de cooperación virtual: lo más novedoso

Los Espacios de Cooperación Virtual (ECV) son sitios que facilitan la comunicación y la cooperación técnica de los equipos de trabajo de arbovirus nacionales con la OPS, sobre todo el análisis de la situación en tiempo real para la toma de decisiones. Son espacios flexibles y dinámicos que pueden modificar su estructura y contenido según las necesidades de los Estados Miembros.

Los ECV facilitan el análisis de las estadísticas epidemiológicas (casos, tasas, promedios, comparaciones entre periodos de tiempo y entidades geográficas, análisis multivariados, etc.), así como la creación de reportes interactivos con amplia variedad de formatos (imágenes, PDF, PPT, etc.) y la visualización de gráficos, tablas, mapas, tableros, entre otros.

Además, permiten crear un índice de relevancia de contenidos según la jerarquía del decisor (nacional, provincial, municipal u otro),

y teniendo en cuenta aspectos como tiempo y territorio. Todo ello en apoyo a las salas de situación; la elaboración de resúmenes ejecutivos, boletines y otras publicaciones; y la realización de análisis temáticos de mortalidad, morbilidad, entre otros.

SITUACIÓN EN CUBA

En Cuba, el combate a las arbovirosis tiene una larga historia, incluyendo el descubrimiento del mosquito *Aedes aegypti* como transmisor de la fiebre amarilla por el eminente médico y científico Carlos Juan Finlay. El país se ha visto afectado al igual que el resto de las naciones de la región por brotes y epidemias de dengue, y ha fortalecido al máximo su capacidad de respuesta en prevención y control.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública en medios oficiales, al cierre del mes de junio, existían provincias con transmisión de dengue demostrada: La Habana, Sancti Spíritus, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Santiago de Cuba y Guantánamo. Hasta el 10 de julio se acumulaban 3 036 casos de dengue de 405 que había a finales de mayo, con circulación de los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-3, para una tasa de incidencia de la enfermedad de 19.7 por 100 000 habitantes.

A inicios de julio, cada 150 viviendas se detectaba un foco de *Aedes aegypti*. Es decir, el riesgo de propagación del mosquito era alto, y siete provincias superaban la media nacional (0.66). Este era el caso de Holguín, con un índice de infestación de 1.23; Camagüey con 1.06; Pinar del Río, Santiago de Cuba, Matanzas, Villa Clara, Sancti Spíritus y Las Tunas, todas entre 0.76 y 0.77; y la capital, con 0.74.

Los niveles de infestación por mosquitos en los últimos tiempos han sido muy elevados, y hasta la fecha el 2022 se presenta como el de más focos en los últimos 15 años. El 83% se detectan en los depósitos de almacenamiento de agua en las viviendas.

De ahí que la estrategia nacional enfoque las acciones en extremar las medidas de control del vector a través de la utilización de abate en los depósitos y, sobre todo, la destrucción de criaderos por el personal de salud, los sectores, y con la participación de la comunidad. Además, se intensifica la fumigación y las acciones de saneamiento ambiental.

A finales de julio existía transmisión en 11 provincias (Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Villa Clara, Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Guantánamo y el Municipio Especial Isla de la Juventud), y se constató la circulación del DEN-4, que desde 2015 no se identificaba en el país. En este contexto, se requiere garantizar el ingreso y tratamiento oportuno a los casos con signos de alarma, unido al entrenamiento del personal encargado del manejo clínico, con el fin de evitar los casos graves y la muerte.

El dengue, cuya transmisión se mantuvo durante toda la pandemia de COVID-19, sigue siendo un serio problema de salud pública que debe tener una alta prioridad en las agendas políticas y en las estrategias de salud de los países y territorios de la región y llama a redoblar las acciones de prevención, control y comunicación.

Por: MSc. Alina Pérez Carreras
y equipo regional
de Arbovirosis de OPS

CLASIFICACIÓN DEL DENGUE



IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE
LOS SIGNOS DE ALARMA
PERMITE EVITAR
LAS COMPLICACIONES Y EL DENGUE GRAVE

FASES DEL DENGUE

1 FEBRIL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



3 DE RECUPERACIÓN

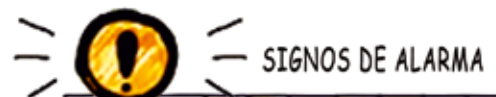
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEJORA EL ESTADO GENERAL



2 CRÍTICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



- VÓMITOS
- EDEMA
- DOLOR ABDOMINAL
- IRRITABILIDAD
- SOMNOLENCIA
- SANGRADO





TE CONTAMOS CÓMO SE CELEBRA EN CUBA EL ANIVERSARIO 120 DE LA OPS

La casa donde radica la Representación de la OPS en Cuba ha estado más engalanada de lo habitual durante el presente año. Atractivas gigantografías que evocan el aniversario 120 de esta Organización han sido ubicadas en el inmueble. La mayoría se encuentra a la entrada, para compartir tan importante celebración con todas las personas que llegan hasta allí, e incluso con aquellas que transitan por sus alrededores, pues desde la

calle pueden disfrutarse las pancartas.

La iniciativa forma parte de un amplio plan de actividades que se ha elaborado junto al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para festejar en el territorio nacional los 120 años de la OPS; un acontecimiento que para Cuba también tiene especial trascendencia. Valga señalar que en el acto de fundación de la Organización participaron dos médicos cubanos: Carlos Juan Finlay



Casa de la Representación de OPS/OMS en Cuba



Premiación de concursos infantiles dedicados al aniversario 120 de la OPS

y Juan Guiteras. Este último, además, resultó seleccionado en ese momento como uno de los vocales, y fue reelecto en las siguientes conferencias panamericanas hasta 1921.

Asimismo, en 1924 se firmó en La Habana el Código Sanitario Panamericano, colofón de una vocación sanitarista que tenían muchos profesionales de la salud en Cuba y la región. Ello en un contexto caracterizado por epidemias como las de cólera y fiebre amarilla, que constantemente afectaban la salud de las poblaciones y el intercambio comercial en el continente.

Entre las acciones planificadas destacan las relacionadas con niñas, niños y jóvenes. Por ejemplo, se realizó un concurso de fotografía con estudiantes de Periodismo y Comunicación Social dedicado a captar imágenes que ofrecieran diferentes miradas a la salud y el bienestar. En correspondencia, la foto ganadora no solo se aleja de la perspectiva biologicista de la salud, sino que muestra un enfoque de género apropiado, a partir de relaciones familiares basadas en el afecto y la equidad.

Para la enseñanza primaria se organizaron otros concursos,

de dibujo y literatura, que fueron premiados recientemente. Hasta las provincias Pinar del Río, Matanzas, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Las Tunas, Santiago de Cuba y La Habana llegaron los reconocimientos. De un total de 124 trabajos, 17 resultaron galardonados, confeccionados por estudiantes entre los nueve y 17 años de edad.

Entre las niñas y los niños ganadores se encontraban algunos con discapacidad, pues la convocatoria llegó hasta escuelas de enseñanza especial. De tal forma, resultaron premiados educandos de los

centros "Sierra Maestra 1" y "René Vilches Rojas", concebidos para atender discapacidad intelectual y auditiva, respectivamente.

Las obras escogidas trataron diferentes temas relacionados con la salud. Mediante pinturas, décimas, cuentos y otras expresiones literarias, sus autores hicieron referencia a la alimentación sana, el enfrentamiento a la COVID-19, las labores del personal sanitario, entre otros aspectos.

Cada pequeño recibió su reconocimiento y su premio en compañía de maestras, maestros, compañeritos de escuela y familiares. Mucha fue la alegría de todos cuando se les entregó a los ganadores caretas para nadar, balones de fútbol, patines o bicicletas; utensilios con los que se les invitó a realizar ejercicios físicos y promover estilos de vida saludables.

Por otro lado, son múltiples las actividades científicas

planificadas. ¡Y ya se han ejecutado varias! Entre las primeras hay que mencionar las desarrolladas durante la 30ª Feria Internacional del Libro de La Habana. Para este evento se preparó un stand de la Representación en el cual se distribuyeron diferentes materiales. Al mismo tiempo, se apoyó la presentación del libro "Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada", de la epidemióloga Silvia Martínez Calvo junto con un grupo de autores; y se entregó un reconocimiento al Dr. Francisco Alberto Durán García, Director Nacional de Epidemiología, quien ha tenido una destacada labor en la respuesta al SARS-CoV-2 y ha ayudado a fortalecer la cooperación en salud.

Miembros del equipo técnico, junto al Representante, estuvieron por la provincia Cienfuegos en el Seminario de Medicina Rural y en la Convención de Salud del Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Luego, en el

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) asistieron a dos paneles, donde se comentó, entre otros temas, la labor del centro colaborador de vivienda saludable que allí se encuentra; los resultados del proyecto HEARTS en el país; y la cooperación en lo relacionado con las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y la salud ambiental.

Dado que el pasado mes de mayo el INHEM igual llegó a sus 120 años, con esta institución se han preparado de manera conjunta varias acciones. Unido a los paneles mencionados, tuvo lugar un acto central donde se reconoció la colaboración de la OPS/OMS con ese centro. Más recientemente, se inauguró en el Instituto un mural alegórico a ambos aniversarios, al cual acudieron la Viceministra de Salud Pública, Dra. Carilda Peña García; el Director del INHEM, Dr. Disnardo Raúl Pérez González; y el Representante de OPS/OMS, Dr. José Moya.



Mural inaugurado en el INHEM por los 120 años de este Instituto y de la OPS



Feria de salud en Santiago de Cuba como parte del primer evento regional dedicado al aniversario 120 de la OPS

En Santiago de Cuba, provincia del oriente cubano, también tuvo lugar un evento dedicado al aniversario. A la cita, primera de tres previstas en las diferentes regiones del país, no solo asistieron autoridades y personal sanitario del territorio santiaguero, sino de Las Tunas, Holguín, Granma y Guantánamo. En la jornada de inicio hubo varias presentaciones, que hablaron sobre la trayectoria de la OPS, el desarrollo de la salud pública en Cuba y la situación sanitaria en la zona oriental de la isla. Además, se comentaron iniciativas que en otras épocas fueron acompañadas por la cooperación técnica en las provincias mencionadas. Durante el segundo y último día del evento, pudo disfrutarse de actividades físicas, bailes y

mucho alegría, en una feria de salud que tuvo lugar en la plaza juvenil de la ciudad.

Dentro del grupo de actividades científicas hay una en particular que ha demandado mucho compromiso y trabajo en equipo. Se trata de la elaboración de cinco libros que, con una mirada histórica, sistematizan distintos temas que son prioritarios para la salud pública y que la cooperación técnica de OPS/OMS en Cuba viene acompañando desde hace años. Es el caso de las ENT; el envejecimiento; el cambio climático; y lo relativo a ciencia, tecnología e innovación en salud. La intención es presentar estas publicaciones en la IV Convención Internacional

“Cuba Salud 2022”, el evento más importante que organiza el país en este ramo, a celebrarse en octubre, y donde habrá una sesión dedicada al cumpleaños 120 de la OPS.

Muchas otras iniciativas se han concebido con vistas a ser desarrolladas durante 2022 y 2023. Festivales deportivos, seminarios en diferentes zonas del país, acciones de comunicación, talleres y ferias se incluyen en el plan que con mucho entusiasmo y sentido de pertenencia se ha elaborado. La aspiración es hacer extensiva la celebración con diferentes públicos para rememorar más de un siglo de trabajo ininterrumpido en favor de la salud en las Américas.

Por: Dra. C. Tania del Pino Más

PROYECTO AIRO+

MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA SALUD

Los efectos del cambio climático en la salud del planeta repercuten tanto en los humanos como en los animales, las plantas y el entorno en que estos se desenvuelven. En el caso de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, los impactos de ese fenómeno sobre la salud de las personas se manifiestan en forma de enfermedades transmitidas por vectores y por el agua; enfermedades respiratorias, cardiovasculares, renales y otras, producto de los golpes de calor; así como trastornos mentales relacionados con las dificultades económicas o los desplazamientos forzados.

La subregión del Caribe se ha visto gravemente afectada

por el aumento de la intensidad de los huracanes. Los sistemas de salud y las poblaciones siguen siendo muy vulnerables a los impactos de este tipo de eventos y otros, por lo que se proponen soluciones que fortalezcan las redes sanitarias de esta zona geográfica, por ejemplo:

- [Utilizar el enfoque Una salud, dentro del marco de la Fase IV de la Cooperación en Salud en el Caribe \(CCH IV\)](#)
- [Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad por las consecuencias sanitarias previstas del cambio climático en los países del Caribe](#)

- [Incluir vínculos con los determinantes ambientales de la salud y la prevención y el control de la COVID-19](#)

- [Reconstruir en lugares menos vulnerables y de forma resiliente](#)

Con este contexto de fondo, y teniendo en cuenta los desafíos que enfrenta el sector sanitario ante el cambio climático, en julio de 2020 se firmó un contrato entre la subregión del Caribe (CARIFORUM) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con financiamiento de la Unión Europea (UE), para ejecutar el proyecto "Fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes al clima en el Caribe". El propósito de esta iniciativa,

prevista para desarrollarse durante cinco años, es aumentar la resiliencia climática de los servicios de salud y los sistemas de prestación de servicios, con vistas a prepararse y responder mejor ante las amenazas climáticas. Ello, utilizando el enfoque interdisciplinario de Una salud, con el fin de aplicar las recomendaciones del Plan de Acción del Caribe sobre el Cambio Climático y la Salud.

La OPS es el principal socio del proyecto, en colaboración con cinco socios subregionales, entre los cuales se encuentran la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA); el Centro de Cambio Climático de la Comunidad del Caribe (CCCCC); el Instituto de Meteorología e Hidrología del Caribe (CIMH); la Agencia de Gestión de Emergencias de Desastres del Caribe (CDEMA) y la Universidad de las Indias Occidentales (UWI). Otros socios son el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA); la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y la Unidad de Cambio Climático de las Naciones Unidas (UNCC).

Como parte del trabajo encaminado a generar evidencias, se aplican herramientas para evaluar el impacto en la salud y de esta manera contribuir con la toma de decisiones. Tales instrumentos ayudan a cuantificar los efectos asociados a los diferentes niveles de exposición a la contaminación del aire y ayudan a esclarecer la carga que representan en la morbilidad y mortalidad para los sistemas de salud. Esto permitirá hacer recomendaciones y trazar políticas dirigidas a disminuir la carga contaminante, pues será útil para realizar mejoras tecnológicas e influir en los cambios de conductas en la población, entre otros aspectos que favorezcan la creación de espacios verdes y

zonas industriales amigables con el medio ambiente. Los instrumentos utilizados son:

- **Herramienta de evaluación económica de la salud**

(HEAT, por sus siglas en inglés). Diseñada para ayudar a los usuarios a realizar una evaluación económica de los beneficios que trae a la salud caminar o andar en bicicleta, mediante la estimación del valor que aportan cantidades específicas de estas actividades, en la reducción de la mortalidad.

- **Espacios verdes** (Green-UR).

Para la cuantificación de los impactos de los espacios verdes a escala urbana en la salud. Sirve como una herramienta de apoyo en la educación, comunicación y planificación, con resultados concretos de mejoras en indicadores de salud e historias que mostrar al público en campañas de comunicación sobre el cuidado del medio ambiente.

Herramienta para calidad

del aire (AirQ+). Dirigida a cuantificar el impacto de la exposición a la contaminación del aire y la carga que representa para la salud.

En total, 16 países caribeños son beneficiarios de este proyecto, y Cuba forma parte de ese grupo. La mayor de las Antillas participa en el ejercicio piloto para la validación de la herramienta AirQ+, software elaborado por la OMS, que consiste en una metodología fácil de usar para evaluar, a corto y largo plazos, la exposición a la contaminación del aire ambiental. Puede incorporar material particulado (PM2.5 y PM10)¹, ozono y otros contaminantes.

Para ser usada, la herramienta requiere datos de calidad del aire, de la población, e información de base sobre salud. Su beneficio potencial es informar a los tomadores de



Health economic assessment tool (HEAT) for walking and for cycling

Methods and user guide on physical activity, air pollution, injuries and carbon impact assessments

Presentación de la herramienta de evaluación económica de la salud



Bosque de La Habana
Foto: Jorge Coromina
Juventud Rebelde



Una calle habanera
Foto: Granma

decisiones sobre los impactos adversos para la salud atribuidos a la contaminación del aire, y los beneficios para la salud pública de las mejoras en la calidad de este elemento del medio ambiente. AirQ+ tiene liderazgo en la demostración de los impactos de la mala calidad del aire en la economía y la salud. Contribuye directamente a las acciones ambientales encaminadas a mejorar este problema.

APLICACIÓN EN CUBA

En Cuba, la contaminación del aire tiene sus causas en la deficiente planificación de los asentamientos humanos, las industrias, la utilización de tecnologías obsoletas en las actividades productivas y otras fuentes como el transporte automotor. Los estudios en el país sobre la contaminación atmosférica en las ciudades reflejan que Mariel, Nuevitas y Moa tienen la peor situación, con un nivel de calidad del aire clasificado como crítico (Figura 1)².

El trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Ciencia, Tecnología

y Medio Ambiente (CITMA), representado por el Instituto de Meteorología (INSMET), así como investigaciones llevadas a cabo durante más de 30 años en los temas de clima y salud, permitieron definir las áreas de prioridad para la realización del pilotaje durante el 2022: Mariel y Nuevitas. Por otro lado, el equipo del proyecto decidió usar datos de morbilidad y mortalidad de asma bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) para el ejercicio de pilotaje de la herramienta.

Los resultados de esta colaboración con Cuba permitirán fortalecer la capacidad del sector de la salud y de otros sectores hacia los esfuerzos de prevención y priorizar las acciones de mitigación desde la adaptación, en particular entre las poblaciones vulnerables. Las principales actividades planificadas son:

- Capacitación de equipos multidisciplinarios en los ámbitos nacional y local en lo relativo al uso de la herramienta.
- Actualización del equipamiento para la medición de contaminantes ambientales,

variables climáticas, y para el análisis de los datos.

- Comunicación para promover la sensibilización en torno a la calidad del aire y su impacto en la salud.
- Apoyo técnico para guiar el proceso de traducción de los resultados en acciones de política pública y sensibilización de las personas.
- Socialización de resultados y lecciones aprendidas del pilotaje con el resto de los países participantes en el proyecto regional, identificando las sinergias con el resto de los estudios.

Durante enero y febrero de 2022 se realizaron los talleres de capacitación con la participación y asesoría de la Unidad de Cambio Climático y Determinantes Ambientales de la Salud (CE) de la OPS. Para ello, se crearon equipos multidisciplinarios e interministeriales conformados por especialistas de salud ambiental, climatología y química del aire, tanto en las ciudades de Mariel y Nuevitas, como a nivel nacional. A continuación, los equipos

Figura 1. Nivel de calidad del aire de algunas ciudades de Cuba

Fuente: PNUMA





Municipio Mariel, provincia Artemisa, Cuba

locales comenzaron el trabajo de recolección de los datos que servirán como línea de base del estudio.

Actualmente, mientras se realiza la compra del equipamiento necesario, se avanza en la recopilación de información y en su análisis para preparar la primera publicación, de tres planificadas. Se introducen los datos (población, PM2.5, IRA, asma bronquial), que permiten atribuir los efectos en la morbilidad y mortalidad, se organizan los resultados, y se identifican las limitaciones, entre otras tareas. Dado que se trata de un pilotaje, se podrán identificar defectos o errores en el software y su aplicación, y a partir de ello mejorarlo.

Paralelamente, se prepara un plan de comunicación que acompañe el proyecto y considere las intervenciones

clave en cada fase. Mediante este plan, también se podrán compartir historias de interés humano; diseminar resultados relevantes, tanto al público como a los decisores; y promover la conciencia respecto a los beneficios para la salud de mejorar la calidad del aire.

Como resultado de su aplicación, se logra mitigar los impactos y se obtienen beneficios que aportan a la calidad de vida de la población y la disminución de los reportes de varias enfermedades crónicas. También contribuyen diferentes medidas de adaptación que conllevan al mejoramiento de los procesos productivos, y a un cambio de la matriz energética y la forma de consumo. Todo ello, gracias a respirar un aire más limpio y con menos emisiones de

gases de efecto invernadero a la atmósfera. De tal manera, en el informe del estudio y sus recomendaciones, se podrán sugerir formas de evitar los impactos negativos, así como intervenciones para mejorar la calidad del aire que se respira por las poblaciones que conviven en lugares con alta contaminación ambiental.

¹ *Partículas que contaminan el aire con diámetros inferiores a 2.5 o a 10 micras, respectivamente.*

² *PNUMA, 2004. GEO La Habana: Perspectivas del Medio Ambiente, Ciudad de La Habana. Editorial Centenario. S.A. Santo Domingo. R. Dominicana; p.183*

*Por: Dra. C. Susana Borroto Gutiérrez
Dr. C. Paulo Lázaro Ortiz Bultó*



SILVIA ISABEL MARTÍNEZ CALVO

Esta epidemióloga tiene una trayectoria profesional cargada de anécdotas. Historias que no solo forman parte de su acervo de recuerdos personales, sino del desarrollo de la salud pública cubana. Lo mismo como médica rural que como directora, investigadora y profesora de posgrado para el personal sanitario.

A sus ochenta años sigue con el mismo ímpetu del primer día. Se le puede ver escribiendo, presentando un libro, ofreciendo una conferencia, actualizando su currículum, debatiendo, o enfrascada en

cualquier otra actividad. Si se quisiera resumir cómo es ella en el orden laboral, se puede decir, utilizando sus propias palabras:

una persona convencida de que se obtienen resultados cuando existen metas bien definidas en cualquier etapa del curso de la vida.

Alguien con vocación de servicio y capacidad para el trabajo en equipo en favor de la salud de las personas.

Conozca más sobre la vida de la Dra. Cs Silvia Isabel Martínez Calvo mediante esta entrevista.

COMÉNTENOS SOBRE SUS INICIOS EN LA CARRERA DE MEDICINA. ¿QUÉ MOTIVACIONES TUVO PARA ESCOGER ESA PROFESIÓN Y CÓMO FUERON SUS PRIMEROS AÑOS COMO MÉDICA?

Mi generación fue una de las últimas que cursaron la carrera de Medicina en la Universidad de La Habana, en el edificio donde actualmente se encuentra la Facultad de Ciencias

Biológicas. Éramos más de 500 estudiantes, con un promedio de edad que oscilaba entre 18 y 19 años, pero también había alumnos que por sus años podían haber sido hasta mis padres. Eran personas que estaban cursando la carrera cuando cerró la universidad en un periodo determinado, y no habían podido continuarla; o personas que siempre quisieron hacer esos estudios y no encontraron antes la oportunidad.

El interés de mi familia, una familia extensa de clase media, era que obtuviera un título universitario, sobre todo de medicina o derecho, porque era la tendencia en aquellos tiempos. Por eso matriculé el Bachillerato en Ciencias, aunque podía graduarme de Bachiller en Ciencias o en Letras.

Empecé la carrera de Medicina en 1962 y a partir de ese momento mi vida empezó a cambiar. Como vivía en Madruga, un pueblo fuera de La Habana, llegar a la capital fue impresionante.

Junto a mis compañeros de carrera, tuvimos el privilegio de recibir clases de excelentes profesores. Cada vez que escucho mencionar una personalidad de la medicina cubana por lo general se trata de alguno de mis profesores. Uno de esos maestros fue el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy; ejemplo de persona y de profesional comprometido. Me dejó una huella indeleble en mi formación médica y en las relaciones humanas.

Veinte años después, ya como especialista, tuve el privilegio de trabajar junto al profesor en el equipo que diseñó el plan de estudios para la nueva formación en Medicina General Integral. En ese momento yo hacía funciones como profesora principal de Epidemiología de la Facultad "Finlay Albarrán".

Me asombró su modestia al pedirme que intercambiáramos sobre algunas nociones de epidemiología, ya que, dado el carácter integral de ese plan de estudio, requería de este conocimiento. Sentí un gran honor con esa inesperada tarea, que realizamos durante varias tardes en la oficina que ocupaba como Vicerrector de Desarrollo en el antiguo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, hoy Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Volviendo a la pregunta, me gradué de médica en 1967, ya cumplí más de 50 años de graduada. En realidad, yo no matriculé la carrera con mucha convicción. Mi mayor vocación en el campo de la salud surgió después, por la epidemiología. Una vez concluida la carrera, los más de 400 egresados

realizamos el servicio social fuera de La Habana. A mí me ubicaron en una zona rural entre las montañas de Guantánamo y Santiago de Cuba, en el municipio nombrado "Niceto Pérez". La experiencia de mi desempeño clínico fue increíble. Si un día decido escribir todo lo que viví allí en esos dos años, acerca de la atención médica y el reconocimiento de la dimensión social de la medicina, podría contar muchas cosas.

Además, debo reconocer que la mayoría de mis compañeros de esa generación estaban muy bien preparados. Como sabíamos que nos correspondía ir a trabajar en áreas rurales, desde segundo año nos entrenábamos muy bien en los hospitales docentes que nos aceptaban. Esas eran actividades extracurriculares.

Dra. Silvia Martínez Calvo en el servicio médico rural



En mi caso, por ejemplo, estuve vinculada al Hospital Gineco-Obstétrico “América Arias”, haciendo guardias nocturnas, lo que facilitó que cuando inicié el servicio médico rural ya había hecho más de 1 200 partos.

Al llegar al lugar del servicio social me encontré un pequeño hospital rural que aún se nombra Hospital Rural “Niceto Pérez”, y que en realidad era como un policlínico con cuatro camas, destinadas a ingresar embarazadas. Estaba ubicado a la orilla de un río y muy lejos del municipio cabecera: Casimba de Filipinas. El personal de salud que encontré en el centro estaba constituido por una auxiliar de enfermera, una trabajadora sanitaria, un administrador, una lavandera, una auxiliar de limpieza, una responsable de la farmacia y un trabajador del Programa de Erradicación del Paludismo.

Al principio de mi llegada atendía muy pocos casos, y me preguntaba por qué las personas no acudían a solicitar atención médica. Empecé a visitar las casas, a conversar con las embarazadas ingresadas, y al final de mi servicio social veía a diario alrededor de 30 o 40 pacientes de ambos sexos, incluidos los menores; pero la prioridad eran las embarazadas y los partos, para lo cual me sirvió mucho mi entrenamiento en las guardias voluntarias durante la carrera en el Hospital “América Arias”, que antes mencioné.

Me convertí en una incansable educadora para la salud, tanto en la sala de espera de la consulta, como en espacios públicos abiertos y logré inculcar una conciencia sanitaria en la población. Al mismo tiempo preparé al personal, especialmente a las enfermeras, para que me apoyaran en estas actividades, que asumieron con mucha responsabilidad. Poco a poco, y sin percatarnos, nos

convertimos en verdaderos agentes de cambio social. Todo eso también fue posible gracias a la participación de las personas residentes en el área.

Estuve allí casi dos años, y cuando terminó mi estancia, se había construido un local anexo al hospital con capacidad para 36 camas para ingreso. Ello igual se logró gracias al invaluable aporte de la propia comunidad y otros sectores. El personal también aumentó, con tres enfermeras, un estadístico, dos trabajadores sanitarios, un auxiliar de áreas verdes, dos auxiliares de limpieza, una cocinera y una lavandera. Aún siento orgullo y satisfacción de haber compartido con ellos y, sobre todo, de haber aprendido de esa convivencia cotidiana.

Concluida esta etapa de trabajo totalmente rural, me correspondía incorporarme a la residencia, pero el Dr. Juan Vela Valdés, lamentablemente fallecido en fecha reciente, que era entonces director regional de salud, me solicitó que permaneciera un año más, porque uno de los tres policlínicos en la ciudad de Guantánamo, necesitaba un director. Acepté su petición y esa fue otra excelente experiencia durante todo el año 1971, pues además de dirigir el policlínico más grande entre los tres, tenía una consulta médica y realizaba labor de terreno, en esa ocasión en territorio urbano. Y aquí se reforzó mi interés por la epidemiología.

No deseo concluir el tema de mi formación médica, sin confesar que estoy muy orgullosa de pertenecer a mi generación de colegas médicos, cuyo posterior desempeño los convirtieron en especialistas distinguidos, científicos destacados dentro y fuera del país y, sobre todo,

incansables trabajadores para mantener la salud de la población.

¿CÓMO LLEGÓ A LA EPIDEMIOLOGÍA? ¿POR QUÉ ESCOGIÓ ESA ESPECIALIDAD? ¿QUÉ MOMENTOS TRASCENDENTES RECUERDA EN SU TRAYECTORIA COMO EPIDEMIÓLOGA?

Una parte de las respuestas a estas preguntas la respondí antes, pero ahora puedo ampliar con otros elementos.

Una tarde estaba sentada en el corredor del hospital-policlínico rural “Niceto Pérez”, tomando un café luego de concluir una de las agotadoras consultas, y me preguntaba si habría alguna disciplina dedicada al control de las enfermedades, porque casi todos los casos que veía se debían a situaciones que podían prevenirse.

Pocos días después, casi por casualidad, un equipo de supervisión del Ministerio de Salud Pública confundió el camino de regreso a la ciudad de Guantánamo y apareció en mi hospitalito. Entraron a la instalación y mientras recorrían la unidad, lo primero en lo que se fijaron fue en los gráficos que yo había hecho para enseñar a la población que acudía a consulta. El Dr. Conrado del Puerto Quintana, que era uno de los miembros del equipo supervisor, me preguntó si me interesaban las especialidades no clínicas. Mi respuesta fue positiva y entonces él dijo: “Aquí tenemos una candidata para Higiene y Epidemiología”. En ese momento me propuso hacer la residencia, que en aquellos tiempos se otorgaba por un proceso de selección.

Un año después de esa visita, siendo directora del policlínico en Guantánamo, el Dr. Héctor Terry Molinert, subdirector

de Higiene y Epidemiología de la provincia Oriente Sur, quien evaluaba con frecuencia la región y había observado mi trabajo, decidió enviar a mi policlínico a un estudiante que se estaba formando como trabajador sanitario en Santiago de Cuba, para que comenzara a entrenarse con nosotros.

Todas esas actividades de promoción y prevención en las áreas rural y urbana influyeron mucho en mi atracción por la epidemiología, y cuando llegó el momento de hacer la residencia, escogí esa especialidad. El primer año de la residencia terminaba con la elaboración de un diagnóstico de salud en un territorio lejos de la capital, y a mí me correspondió el municipio "Río Cauto", en la provincia Granma. Me facilitaron hasta una bicicleta en la que andaba pedaleando por todos lados, haciendo las entrevistas en las viviendas; así que tengo experiencias para opinar con algún conocimiento sobre la ejecución del diagnóstico y del análisis de la situación de salud.

Ya en el segundo año de la especialidad los residentes se ubicaban en una Dirección Regional de Salud y yo estuve en la región Diez de Octubre, bajo la exigente conducción del profesor Cosme Ordoñez Carceller, director de esa región, que era la mayor de la capital. Durante ese proceso formativo estábamos autorizados a tomar decisiones y dar orientaciones en todas las áreas de salud del territorio, como si fuésemos epidemiólogos nombrados. Además, debíamos asistir a todos los congresos, seminarios, y otros espacios de superación e intercambio científico. Sin dudas, la preparación fue excelente. El Dr. Ordoñez Carceller fue mi tutor de tesis. Tampoco puedo dejar de mencionar el trabajo docente que realizó

el Dr. Helenio Ferrer Gracia como epidemiólogo nacional y coordinador de esa residencia.

Cuando terminé me ubicaron en Artemisa como epidemióloga regional y seis meses después me ascendieron a subdirectora regional de higiene y epidemiología. Eso fue en el año 1974. Y en 1977 fue creada La Habana, con 19 municipios. Allí fui nombrada epidemióloga provincial, cargo en el que permanecí ocho años. Me siento orgullosa de haber sido fundadora de los servicios de salud de la antigua provincia La Habana, territorio donde nació.

Los momentos trascendentales en mi trabajo epidemiológico han sido varios, frente a cada una de las responsabilidades que he ocupado en el sistema de salud, pero es inolvidable la experiencia en la eliminación de la epidemia de dengue hemorrágico del año 1981, cuando en la provincia La Habana fallecieron ocho de las 158 personas que murieron en todo el país.

En ese contexto aprendí a conducir un equipo muy amplio. Tuve que esforzarme para resolver aquella situación inusitada, lo que representó un aprendizaje tremendo. Fue muy importante el trabajo intersectorial y el respeto de las autoridades políticas, gubernamentales y sanitarias ante las decisiones técnicas para el control de la epidemia, algo que se ha reproducido un tanto en la actual pandemia de la COVID-19.

Cuando fue eliminada la epidemia, en el propio año 1981, el Dr. Terry, que en ese momento era un alto funcionario del Ministerio de Salud Pública, solicitó al Dr. Pastor Castell-Florit, director provincial, que me autorizara a prestar servicios en el Ministerio por tres meses, como epidemióloga de la

campana nacional contra el *Aedes aegypti*; pero el tiempo se extendió y cumplí un año en esa función. Después regresé a la provincia La Habana con la condición de adiestrar a un especialista que me sustituyera, pues mi intención era dedicarme a la docencia, aunque desde 1977 simultaneaba mi actividad en los servicios con las tareas como profesora principal de epidemiología en la antigua Facultad "Finlay-Albarrán".

En 1985 fui nombrada jefa del Departamento de Salud de esa facultad, donde era decano el profesor Luis Rodríguez Rivera. Por otra parte, el Dr. Juan Vela Valdés era rector del antiguo Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Será eterno mi agradecimiento para ambos, por el apoyo que me dieron y la confianza que depositaron en mí para ese cargo. Hasta la actualidad he seguido vinculada a la formación en epidemiología y salud pública, tanto en la carrera de Medicina, donde impartí clases 20 años, como en especialidades de posgrado, dentro y fuera del país.

En 1986 yo iniciaba mi proceso doctoral cuando el Dr. Vela Valdés solicitó mi apoyo nuevamente, para trasladar lo que fue el Instituto de Desarrollo de la Salud a una nueva facultad de postgrado de salud pública. Estuve al frente de esa responsabilidad seis meses. Fue una actividad que requirió mucho esfuerzo. Tuve que entrevistar a profesores, atender la maestría que pertenecía a este instituto y analizar cómo adaptar toda aquella estructura, que incluía biblioteca, relaciones internacionales, becas, entre otros aspectos.

Al concluir ese traslado regresé a mi Departamento de Salud, pero como el mundo da tantas vueltas y la vida está llena de sorpresas, ocho años después me correspondió ser

vicedecana de esa facultad que había ayudado a crear, la cual, a principios de los 2000, se convirtió en la Escuela Nacional de Salud Pública que conocemos y tenemos hoy.

Ese mismo año 2000 pedí al nuevo director, Dr. Radamés Borroto, dedicar más tiempo a la actividad científica, porque me encontraba redactando mi primer libro sobre el análisis de la situación de salud. Solo acepté conducir el proceso de creación de la Comisión de Grados en Ciencias de la Salud y desarrollar el doctorado en salud pública. Aprobada esa Comisión por la Comisión Nacional de Grados Científicos del Ministerio de Educación Superior, fui designada secretaria. A su vez, esa designación me convirtió en miembro de la Sección de Biomedicina de la Comisión Nacional de Grados Científicos, función que desempeñé durante ocho años ininterrumpidamente, hasta mi jubilación en 2010.

¿CÓMO HA SIDO SU RELACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)? ¿DE QUÉ MANERA HA INCIDIDO LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE ESTA ORGANIZACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN CUBA?

Durante una buena parte de mi trayectoria profesional y docente me han acompañado varios funcionarios y expertos de la OPS. Mi primer contacto con esta Organización fue en 1980, desde los servicios, cuando era epidemióloga en La Habana.

El Dr. Ciro de Quadros, jefe del Programa de Inmunizaciones de



Dra. Silvia Martínez Calvo cuando participó como evaluadora del Programa de Inmunizaciones de la OPS en Cuba

la OPS, realizó una evaluación de ese programa en Cuba e incluyeron mi provincia entre los territorios a visitar. También dentro de los servicios, atendí a los expertos del Programa de Control de Vectores, cuando realizaba actividades como epidemióloga del Programa Nacional para el Control del *Aedes aegypti*, en 1982.

Después, el acompañamiento de OPS estuvo casi totalmente vinculado a mi actividad docente. En 1981, permanecí una semana en Guatemala como consultora invitada por el Dr. Miguel Machuca, que era funcionario de OPS, para exponer el tema del análisis de la situación de salud en un curso dirigido a los epidemiólogos de ese país. Además, estuve invitada a una reunión de intercambio con las autoridades sanitarias nacionales sobre el control de la epidemia de cólera que en ese momento amenazaba al país y la región.

En 1989, al diseñarse el nuevo programa nacional de la residencia Higiene y Epidemiología, para ajustarlo a la formación del Médico General Integral, se contrataron dos asesores regionales de OPS: Clovis Tigre y Luis Ruiz. Las autoridades de la Facultad de Salud Pública me habían convocado entre los epidemiólogos seleccionados para esa importante actividad docente y a raíz de esta

experiencia, ese mismo año 1989, OPS me contrató como consultora a una reunión en Brasilia sobre diagnóstico de salud y análisis de la situación de salud.

Quisiera resaltar que, en mis funciones como vicedecana de la Facultad de Salud Pública, desde 1991, tuve un excelente acompañamiento de la OPS mediante la persona del Dr. Miguel Márquez Vázquez, quien siempre mostró su preocupación y se ocupó de promover en la región el trabajo realizado en la facultad. Para ello se recibían visitas de personalidades y expertos de salud pública y sus disciplinas.

Un buen ejemplo de esa cooperación fue el Proyecto de Superación a Equipos Locales de Salud, que coordiné en el territorio nacional durante cinco años, desde 1992 a 1997, como un proceso de adiestramiento en servicio para desarrollar la estrategia sanitaria nacional reconocida por sus siglas OPD/2000: Objetivos, Propósitos y Directrices. Este proyecto tuvo un enfoque metodológico que, a juicio de expertos, resultó ágil y motivador. Sus resultados fueron bien reconocidos al divulgarse en las facultades y escuelas de salud pública de la región.

Con el propósito de renovar los Módulos de Principios de

Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) de OPS, en 1997 me convocaron a una reunión como consultora en Lima, Perú. Con anterioridad, al crearse esos módulos en 1980, se había realizado en Cuba un seminario como prueba piloto en el que participé como monitorea. Y el vínculo más reciente con OPS fue un contrato para elaborar los módulos dedicados a la capacitación nacional para las Enfermedades No Transmisibles, en 2019.

Considero que el acompañamiento de OPS ha sido muy importante para la salud pública cubana, así como para el resto de los países de las Américas, gracias a la subvención de numerosos proyectos, las invitaciones y los contratos realizados a expertos cubanos, así como las becas regionales. Ha acompañado múltiples iniciativas y ha ayudado a alcanzar diferentes metas. En esta entrevista comento lo que está directamente relacionado con mi trabajo, pero está disponible valiosa información sobre los ámbitos de actuación dentro de la isla en los que coopera este organismo regional.

¿CÓMO EVALÚA LA RESPUESTA A LA PANDEMIA DE LA COVID-19?

¿QUÉ PAPEL TUVO LA EPIDEMIOLOGÍA DURANTE LA EMERGENCIA Y CUÁLES CREE QUE SON LAS PRINCIPALES LECCIONES QUE DEJA ESTA EXPERIENCIA?

Esta pregunta es bien polémica. Se relaciona con un evento de salud que ha promovido opiniones buenas y no tan buenas. De todas formas, usted espera por mi respuesta, así que, asumo toda la responsabilidad por mis criterios.

Se repite con frecuencia que la pandemia de COVID-19 sorprendió a los sistemas de salud en el mundo, los más

desarrollados y los menos desarrollados; pero en una gran parte de los países existían sistemas de vigilancia en salud sólidos, y que incluían el subsistema de vigilancia epidemiológica. Los coronavirus ya habían originado epidemias en años anteriores y habíamos comprobado las respuestas individuales y comunitarias en cuanto a la morbilidad, mortalidad y las secuelas por esas epidemias. Era esperado que los sistemas de vigilancia mantuvieran un monitoreo para advertir sobre la aparición de nuevos casos.

Por otro lado, los ecólogos siempre han alertado sobre la importancia de la interrelación de los seres vivos en el planeta, entre estos los innumerables virus que amenazan al ser humano. Como he expresado en otras ocasiones y consignado en tres artículos recientes, publicados en medio de la pandemia en dos revistas internacionales y una nacional, estimo que, siempre con nuestra tendencia a eludir el vínculo interdisciplinario, no hemos escuchado debidamente la opinión de esos ecólogos sobre la presencia de virus desconocidos, que están cerca de las personas, y que pensamos que no van a hacer daño.

La debilidad o inoperancia de los sistemas de vigilancia para predecir y alertar, y la insuficiente atención a las preocupaciones de los ecólogos, son factores que a mi juicio influyeron en lo ocurrido con el SARS-CoV-2. Menciono las debilidades de los sistemas de vigilancia, porque estos consisten en estructuras que no se pueden modificar con frecuencia; que deben estar bien constituidas, con personas capaces, y contar con una observación permanente. Todo esto implica recursos y es ese el eslabón más débil, aunque se mantienen actividades de vigilancia que solamente

necesitan de correctas decisiones en su aplicación.

Por ejemplo, un elemento valioso para nutrir al sistema de vigilancia epidemiológica son los sitios centinelas, y no siempre se han utilizado bien. Un sitio centinela es un punto de observación permanente, y su mantenimiento, con los recursos que sean necesarios, es parte del trabajo que debe realizar quien dirija el sistema de vigilancia, algo de lo que he tenido sobradas evidencias durante años de labor en los servicios de salud. Si ya padecimos dos epidemias previas de SARS, debía haberse vigilado mejor la trayectoria o movilidad de ese virus. ¿Por qué entonces lo "sorpresivo" de la pandemia?

No puedo confirmar que este procedimiento no se realice en otros países; me refiero al Sistema Nacional de Salud en Cuba, con una larga trayectoria del subsistema de vigilancia epidemiológica; es decir, que no ha sido improvisado con urgencia. Están muy bien definidos sus elementos, su estructura, sus objetivos y sus actividades, pero si surge un fallo en cualquiera de sus etapas, el resultado es la "epidemia-sorpresa", como ocurrió con la actual pandemia.

Los sistemas de vigilancia tampoco funcionan exclusivamente por automatización, requieren de personal entrenado, y en ese sentido debe reconocerse el trabajo que han realizado los epidemiólogos en la pandemia. Abundan interesantes criterios en todos los medios de difusión sobre la influencia de la política y los políticos en el control de la COVID-19. Las decisiones que se han tomado en muchos lugares obviaron las debidas consultas técnicas. Mi opinión muy personal, pero sustentada en mi profesión, es que en Cuba se han tomado decisiones políticas con fundamentos

económicos convincentes, algunas no concordantes con la argumentación técnica y que tuvieron las esperadas consecuencias: nuevos picos epidémicos.

También me parece que se ha soslayado un poco el verdadero trabajo epidemiológico ante la pandemia; la contribución de la epidemiología de campo, que es tan importante. Si no se hace la pesquisa, si no se busca al enfermo en su lugar de residencia, si no se cumple la vigilancia activa y pasiva, si la información no se obtiene con buenas técnicas e instrumentos, se dilata el control de cualquier brote epidémico, por eso considero que la importancia de estas actividades, imprescindibles, deben recibir divulgación entre la población, con un enfoque cualitativo y no solo cuantitativo. No solo divulgar cuánto se ha hecho, sino cómo se ha hecho, al igual que se hizo con el trabajo de laboratorio, de inmunología, con las proyecciones de la pandemia por estadísticos y matemáticos, y con la fabricación y aplicación de vacunas por los científicos a cargo. Todo eso derivó de la información que originaron las actividades epidemiológicas de campo.

Sin dudas, la presencia matutina diaria en los medios del Dr. Francisco Durán, nuestro epidemiólogo nacional, trajo a un primer plano el nombre de la especialidad, pero creo que la información que se ha brindado respecto a la epidemiología de campo ha sido bien limitada. Especialmente la relacionada con los niveles locales y las reuniones de los grupos que para el control de la pandemia y estadístico-matemático se crearon en todos los municipios del país.

Aunque se conoce que una enfermedad como la COVID-19 podía controlarse en parte mediante la aplicación de una vacuna, llama la atención el

hecho de cómo se ha priorizado en los medios de comunicación, en casi todo el mundo, la información detallada sobre la fabricación de los inmunógenos. Por ejemplo, las polémicas relaciones entre productores y distribuidores, y el logro cubano de los cinco candidatos vacunales. Sin embargo, ese trabajo epidemiológico de campo no fue tan divulgado. Los mensajes al respecto se centraron más en la relevancia de la cantidad de actividades en el nivel primario, destacando, para bien o para mal, la función del médico de la familia.

Me parece oportuno recordar que la Medicina Familiar es una especialidad, y la Epidemiología es otra diferente, que también merece ser reconocida por la población, al igual que la fabricación de vacunas; la explicación de la respuesta inmunológica ante los virus; y la persistente información matemática sobre las proyecciones de la pandemia. Este fue un punto débil en una de las etapas más importantes de la vigilancia epidemiológica durante la pandemia, y podría ser un tema de amplio debate en el seno de las sociedades científicas del sector de la salud.

La lección más importante de la COVID-19 es que se han identificado muy bien las fortalezas y debilidades del sistema de vigilancia, como parte esencial del Sistema Nacional de Salud, lo que obliga a revisar sus estrategias. Asimismo, se hicieron aportes muy valiosos desde el punto de vista clínico, inmunológico, de laboratorio, estadístico-matemático, que contribuyeron a tomar decisiones.

En el mundo se ha utilizado mucho el criterio del "colapso de los sistemas de salud", pero no creo que la palabra colapso haya que asociarla a derrumbe ni desastre, más bien a la

incapacidad de los sistemas de salud para paliar carencia de recursos. En el caso cubano, con la transformación de centros docentes e instituciones laborales en centros de aislamiento, se redujo ese peligro de colapso, como ocurrió también en otros países.

Lo acertado sería revisar bien los errores, para que no se repitan si se presentaran eventos de salud de este tipo. Adecuar los sistemas de salud a las circunstancias actuales, para no utilizar herramientas viejas con problemas que son nuevos. Hay que sustituir lo que sea necesario, sin temores.

La intersectorialidad y la multidisciplinariedad deben hacerse valer en el espacio público del ámbito local, pues muchas veces se reclaman los vínculos intersectoriales en otros niveles más altos, como entre las autoridades de los ministerios. La clave está en brindar apoyo directamente a las personas, llegar a ellas. La verdadera acción intersectorial debe desarrollarse entre los actores sociales de los niveles locales. Es allí donde se necesita ese vínculo para solucionar los problemas, en la comunidad abierta, las escuelas, los centros de trabajo.

Por otro lado, es hora de concentrar el trabajo de alfabetización en salud en las generaciones actuales, que disponen de redes sociales, de las tecnologías de la información y la comunicación, que les son muy atractivas y, por tanto, adictivas. No se pueden usar los mismos mensajes de hace una década, porque no tendrán el mismo efecto. Esta sería otra recomendación.

**QUISIÉRAMOS QUE NOS
HABLARA SOBRE EL ÚLTIMO
LIBRO QUE PUBLICÓ:
“ANÁLISIS DE SITUACIÓN
DE SALUD. UNA NUEVA
MIRADA”. ¿QUÉ REPRESENTA
PARA USTED? ¿POR QUÉ LO
CONSIDERA ÚTIL?**

Antes de valorar si el libro es o no útil, deseo reconocer el esfuerzo del colectivo de expertos que me acompañaron, en esta y en la anterior edición cubana, quienes tomaron parte de su tiempo para esa tarea con mucha responsabilidad y entusiasmo.

En cuanto a su pregunta, siempre será de utilidad la divulgación de los métodos y procedimientos para indagar sobre los problemas que inciden en la situación de salud de las personas en cualquier grupo humano, y ese es el propósito del libro. En ese sentido, su utilidad radica en disponer de un instrumento científico-metodológico que contribuye a identificar los problemas de salud, para después proponer soluciones.

En el libro también se aporta información para que el análisis de la situación de salud no se considere una herramienta complicada o alejada de la realidad, imposible de aplicar. Aspiramos a que los responsables de su ejecución reconozcan que no es tan difícil su implementación si poseen el entrenamiento adecuado, que se entienda que, si se utiliza esa herramienta, se podrá identificar muy bien la situación de salud de las personas y contribuir a mejorar la calidad de vida de las comunidades con su propia participación.

**PARA CONCLUIR, NOS
GUSTARÍA CONOCER
LAS BARRERAS QUE
SIENDO MUJER HA
DEBIDO ENFRENTAR PARA
ALCANZAR SU DESARROLLO
PROFESIONAL, Y CÓMO HA
PODIDO SUPERARLAS.**



Dra. Silvia Martínez Calvo durante presentación del libro
“Análisis de Situación de Salud. Una nueva mirada”

En estos tiempos de tanta divulgación sobre las políticas de género era esperada su pregunta. En mi caso, además de ser mujer, se añade el color de la piel, característica que me relaciona con ciertos prejuicios raciales, que como todos los prejuicios, son construcciones sociales, las cuales pueden significar una barrera para muchas profesionales como yo.

Sin embargo, he saltado por encima de los estigmas y he aprovechado todas las oportunidades que se han presentado para avanzar. De tal manera que ahora mismo usted me está entrevistando, porque encontró motivos para ello. A ese resultado contribuyó primero mi familia, que se esforzó para que yo, dentro de los patrones sociales de aquella lejana época, tuviera poca conciencia de esos prejuicios.

En Cuba y muchas partes del mundo, ha habido posibilidades para que las mujeres desarrollen sus potencialidades, sus habilidades, sus conocimientos, su talento, para que se sepan desempeñar. He comprobado que algo muy importante para saltar esas barreras es el talento. Si las personas dispuestas a ayudarte a superar obstáculos se percatan de tus posibilidades intelectuales, se les facilita esa ayuda.

Varias y diversas fueron las personas con quienes trabajé durante muchos años y que contribuyeron a que yo venciera las barreras, aunque no niego que ese apoyo no les resultó fácil en algunos momentos. Esa colaboración se las agradeceré siempre, porque se necesita apoyo para eliminar los obstáculos. En mis respuestas anteriores incluí algunos nombres de quienes me ayudaron a saltar barreras, y no puedo dejar de mencionar ahora al inolvidable profesor Francisco Rojas Ochoa.

Si me permite, no quisiera concluir esta entrevista-confesión, sin expresar mi satisfacción por los 45 ininterrumpidos años que dediqué al Sistema Nacional de Salud en los servicios, la docencia y la investigación. Toda mi trayectoria profesional, científica y docente ha estado sustentada en mi interés de mantener la salud de mis compatriotas, desde una posición cimentada en firmes convicciones y dedicación al estudio. También deseo reconocer el trabajo intenso, responsable y honesto de todos los profesionales, técnicos, trabajadores de servicios, que en cualquiera de los niveles organizativos del sistema de salud y la docencia donde laboré me ofrecieron su apoyo desinteresado. Sin ellos, tampoco hubiera sido posible la entrevista.

UNA GUANTANAMERA DESTACADA



Dra. Anselma Betancourt Pulsan

Anselma Betancourt Pulsan es una guantanamera que se graduó en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba en 1983. Esta mujer, a lo largo de su trayectoria laboral, ha estado vinculada en varios momentos con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y, por tanto, tiene muchos recuerdos y anécdotas relacionados con las labores que en otros tiempos desarrolló en el país la Representación de estos organismos.

De su época como estudiante siempre recuerda con mucho cariño la vorágine dentro de las aulas, repletas de jóvenes “pegados a los libros” hasta

altas horas de la noche. Igual recuerda muy bien el espíritu de los festivales de cultura y los encuentros deportivos.

Las memorias de sus primeros años como médica también están vinculadas con los estudiantes, lo que en este caso sus alumnos; los deseos que tenían de aprender, su alegría, y el ímpetu con el que enfrentaban cada reto de la carrera. Tampoco olvida la exigencia de sus tutores, que la guiaron en aquellos inicios como profesional y supieron encaminarla hacia la docencia y la investigación.

En 1989, la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo trazó tres líneas de investigación priorizadas,

afines con: Programa de Atención Materno Infantil (PAMI); Medicina Natural y Tradicional (MNT) y Neurociencias. A ella la designaron responsable de esta última y eso le permitió comprobar que el alcoholismo constituía un problema de salud en el país, aunque en aquel momento todavía era escasamente visibilizado. Fue entonces que se vinculó con los estudios y las labores dirigidas a la prevención del alcoholismo y otras drogas, un área en la que se especializó y se sigue desempeñando. Acerca de la situación en la isla en torno a este tema comenta la Dra. Betancourt Pulsan:

“En el contexto cubano el consumo de alcohol y de cigarros se han incrementado, con disminución de la edad de inicio y un aumento del consumo en las mujeres. En cuanto a las drogas ilegales, a pesar de las leyes y los esfuerzos multisectoriales, hay que estar muy atentos, sobre todo con adolescentes y jóvenes; aunque en general nuestra sociedad ha ganado conocimiento sobre los daños que producen las drogas y hay una actitud de rechazo hacia el consumo y el tráfico. También se comprende que la persona alcohólica, adicta, está enferma y merece ser tratada para mejorar.”

VÍNCULO CON LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE OPS/OMS

Junto con otros colegas investigadores, Anselma elaboró el proyecto “Estilos de vida

contra hábitos tóxicos”, conocido como proyecto Caimanera, que fue el primero de su tipo en presentarse para el Movimiento de Municipios Saludables. El principal propósito de este proyecto era demostrar cómo los estilos de vida saludables contribuían con la prevención del alcoholismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de café y psicofármacos, y que para ello era muy importante el aporte de diferentes sectores vinculados con la comunidad.

La Dra. Rosaida Ochoa Soto, responsable entonces del Centro Nacional de Educación para la Salud y vinculada al Movimiento de Municipios Saludables, al notar la importancia de la iniciativa, le sugirió ir a La Habana y exponerlo en la Oficina de OPS/OMS. El Dr. Márquez, que era el Representante por ese tiempo, también encontró utilidad a la propuesta. Así, se motivó a ir a Guantánamo y se entrevistó con las autoridades de salud provinciales. Aquella visita abrió las puertas a otros proyectos, como fue el titulado “Calidad del agua en Guantánamo”. Este último buscaba desarrollar aspectos de educación sanitaria en la población y adquirir equipos para mejorar el agua que se consumía en el territorio.

A través de la OPS/OMS, la Dra. Betancourt Pulsan y su grupo de trabajo tuvieron asesoría y aprendieron algunos aspectos relevantes para la realización de esos proyectos, tales como la intersectorialidad, la participación de la comunidad organizada y la integración en las acciones. Asimismo, la OPS facilitó el financiamiento de terceros actores, sobre todo en lo relacionado con agua y saneamiento.

Esas experiencias ocurrieron hace más de 30 años. No había acceso a internet, de manera que resultaba muy ventajoso disponer de fuentes actualizadas



Dra. Anselma Betancourt Pulsan trabajando en la comunidad Macambo, municipio San Antonio del Sur, provincia Guantánamo

para estudiar y profundizar en determinados temas, sobre todo en provincias tan alejadas de la capital como Guantánamo. La OPS puso a disposición su biblioteca, con libros y revistas, que recogían información sobre un asunto tan álgido y polémico como el alcoholismo y otras drogas. Al recordar aquellos momentos Anselma dice:

“Recuerdo la primera vez que vi al Dr. Miguel Márquez, nunca había hablado con ninguna autoridad extranjera y cuando le vi estaba realmente muy nerviosa. Sin embargo, su voz cálida y afable, su solidaridad y experticia como médico, lograron que pudiera sentirme a gusto y optimista.

Al principio yo no veía todo lo que representaba el trabajo que estábamos haciendo en la prevención de hábitos tóxicos en Caimanera. Era la primera vez que en Cuba se realizaba un trabajo de esa envergadura. El Dr. Márquez lo visualizó en toda su magnitud y un día acercándose a mí, me dijo: -Jovencita, ese es su camino en la Ciencia, prevención del alcoholismo... ya casi pasaron 30 años y sigo justo en este camino”.

Con la cooperación de la OPS, el proyecto sobre calidad del agua benefició a muchas comunidades de los municipios El Salvador, Manuel Tames, Baracoa y San Antonio del Sur, por solo

mencionar algunos. Asimismo, la contribución de OPS aportó al intercambio científico y a la realización de eventos internacionales.

Ese apoyo también fue muy útil en 1995, para realizar el I Encuentro Internacional “Estilos de vida contra hábitos tóxicos”, donde se consiguió la presencia de 11 países y más de 100 delegados. Ello fue un logro para la salud y la ciencia guantanamera. Estos encuentros se continúan realizando y, además, en la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se creó la cátedra enfocada en la prevención de las drogodependencias, pionera de su tipo en el país y que se acerca a su aniversario 21. En todas estas conquistas, y otras, está la mano de Anselma.

Durante su carrera profesional, muchas personas e instituciones, como la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), han sido un soporte para la protagonista de estas líneas. Le ayudaron a vencer obstáculos y conseguir el Doctorado en Ciencias de la Salud. De igual forma, es Profesora Titular, Investigadora Titular y Héroe del Trabajo de la República de Cuba. Según ella misma reconoce, la solidaridad, comprensión y orientación que recibió mediante la colaboración técnica de la OPS también han sido vitales.

VIRUELA SÍMICA: CONSEJOS Y RECURSOS PARA LA POBLACIÓN

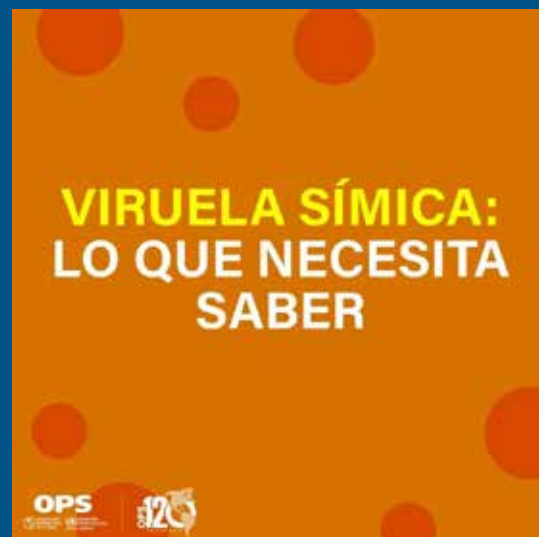
Recientemente se han detectado casos de una enfermedad llamada viruela símica, también conocida como viruela del mono, en países de las Américas donde normalmente no hay casos.

Se nombra viruela símica, porque se detectó por primera vez en simios. Es una enfermedad que puede provocar erupciones, parecidas a granos o ampollas, a menudo acompañado de síntomas similares a la gripe (fiebre, dolor de cabeza, malestar general).

Información sobre cómo se trasmite, cuáles son todos sus síntomas, de qué manera protegerse, entre otros aspectos, puede encontrarse en el sitio web de la OPS.

Link:

<https://www.paho.org/es/brote-por-enfermedad-viruela-simica-2022/viruela-simica-consejos-recursos-para-poblacion>



La OPS trabaja con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de la vida de su población. Fundada en 1902, es la organización internacional de salud pública más antigua del mundo. Actúa como la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es la agencia especializada en salud del sistema interamericano.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas