

## Primera información de los resultados del proyecto "Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar"

### First information of the results of the project called "Individual and social determinants of health in family medicine"

Dr. Regla Fernández Oliva,<sup>I</sup> Dr. Isabel Calderón Izquierdo,<sup>I</sup> Dr. Martha Bormey Quiñones,<sup>I</sup> Dr. Sonia Bermúdez Conrado,<sup>I</sup> Dr. Marlene González Caraballo,<sup>I</sup> Dr. Elena Hernández Pérez,<sup>I</sup> Dr. Joel Padrón Duquesne,<sup>I</sup> Dr. Ester Rizo Escalona,<sup>I</sup> Dr. Yamilé Rosas Perdomo,<sup>I</sup> Dr. Marisel Toirac Rodríguez,<sup>I</sup> Dr. Julio Fernández Travieso,<sup>II</sup> Ing. Pablo Reyes Naranjo,<sup>II</sup> Dr. C. José Illnait Ferrer,<sup>III</sup> Dr.Cs. Klaus Thielmann,<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Policlínico Universitario "Tomás Romay". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC). La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Miembro Correspondiente de la Academia de Ciencias de Cuba. La Habana.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el proyecto "Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar", concebido con una duración de dos años, se propone desarrollar la opción de evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles interviniendo en los determinantes sociales e individuales de la salud.

**Objetivo:** describir los resultados preliminares después de un año de trabajo en el citado proyecto.

**Métodos:** estudio descriptivo prospectivo en 1 496 individuos dispensarizados en el policlínico universitario "Tomás Romay". La muestra se dividió en dos grupos homogéneos: el grupo intervenido, cuyos miembros fueron invitados cuatro veces en el año a una consulta salutogénica y un grupo control, al que se le realizó dos consultas, una al inicio y otra al final del mismo año. Se utilizó una entrevista que actualiza el estado de los determinantes individuales y sociales y permite ofrecer orientaciones salutogénicas.

**Resultados:** en el grupo intervenido disminuyó la frecuencia del tabaquismo ( $p < 0,0001$ ), el bebedor de riesgo ( $p < 0,05$ ), el peso ( $p < 0,05$ ) y el valor del índice de masa corporal ( $p < 0,05$ ), así como el número de personas con sobrepeso ( $p < 0,001$ ), la presión arterial diastólica ( $p < 0,05$ ), y la presión arterial sistólica ( $p < 0,001$ ). Por otro

lado, durante el período de intervención, aumentó la incidencia de diabetes mellitus en el grupo control en comparación con el grupo intervenido ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** los resultados son aun modestos, pero avalan una posibilidad racional para disminuir el riesgo de la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles.

**Palabras clave:** enfermedades crónicas no transmisibles, determinantes sociales de la salud, medicina familiar, Cuba.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the project "Individual and social determinants of health in family medicine" conceived for two years, is aimed at developing the option of preventing the occurrence of non-communicable chronic diseases by intervening in the individual and social determinants of health.

**Objective:** to describe the preliminary results after one-year work in the mentioned project.

**Methods:** prospective and descriptive study of 1 496 subjects classified in "Tomas Romay" university polyclinics. The sample was divided into two homogeneous groups: the intervened group whose members were invited to salutogenic consultation four times a year, and a control group which went to two consultations, one at the beginning and other at the end of the year. An interview was made to update the state of the individual and social determinants and allowed providing salutogenic guiding.

**Results:** the intervened group reduced the frequency of smoking ( $p < 0.001$ ), risky drinking ( $p < 0.05$ ), weight ( $p < 0.05$ ) and the body mass index ( $p < 0.05$ ) as well as the number of overweighted persons ( $p < 0.001$ ), diastolic blood pressure ( $p < 0.005$ ), and systolic blood pressure ( $p < 0.001$ ). On the other hand, the incidence of diabetes mellitus rose during the intervention period in the control group compared with that of the intervened group ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** the results are still modest, but they support a rational possibility to diminish the risk of emergence of non-communicable chronic diseases.

**Keywords:** non-communicable chronic diseases, social determinants in health, family medicine, Cuba.

---

## INTRODUCCIÓN

Debido a los adelantos de la medicina cubana, las enfermedades transmisibles han disminuido notablemente, la mortalidad infantil es más baja que en muchos otros países, mientras que la expectativa de vida tiene un crecimiento sostenido.<sup>1</sup> Estos indicadores clave del estado de salud de la población cubana, apenas se distinguen de aquellos en los países más ricos del mundo, lo que en buena medida, se debe a las condiciones de equidad prevaleciente en esta sociedad. Sin embargo, tampoco existen diferencias entre Cuba y otros países desarrollados en relación con la tasa de enfermedades crónicas no-transmisibles (ECNT),<sup>2</sup> porque de hecho, las ECNT son el gran y real desafío de la medicina contemporánea en cualquier parte del mundo,

---

afecta no solo la salud de los seres humanos sino también y de manera importante el crecimiento económico global.<sup>3,4</sup>

Una vez que las ECNT se han diagnosticado, aun cuando se ponga en funcionamiento todo el arsenal terapéutico y de rehabilitación disponible, su éxito se limita solo a un mantenimiento parcial de la calidad y expectativa de vida. Es decir, que este mejoramiento no esta exento de minusvalidismo, recaídas y complicaciones, en ocasiones fatales. La pérdida de la calidad de vida ocasionada por las ECNT determina costos crecientes para el paciente o para el Estado, en este caso de los países cuyos ciudadanos disfrutan de un sistema de salud gratuito con acceso pleno de la población.<sup>5</sup>

Es obvio que el concepto *reactivo* de la medicina convencional no resuelve el problema de la carga creciente de la morbilidad por las ECNT. Cualquier estrategia que intente modificar la incidencia de estas enfermedades debe considerar, que la etiología y patogénesis de los ECNT son multifactoriales y complejas y que se mantienen por un tiempo tan prolongado como el resto de la vida.<sup>5</sup>

Una salida racional consiste en reducir las posibilidades de desarrollar ECNT. Si se desea retardar, detener o mejor revertir el aumento sostenido de las ECNT no parece haber otra solución que adelantarse a la aparición de estas enfermedades y aún más, a la aparición de los factores de riesgo (que de hecho pueden ser considerados como enfermedades). Para alcanzar este propósito, es necesario desarrollar un sistema de detección y eliminación de condiciones causales remotas de las ECNT y aplicar el concepto de promoción de la salud, que se basa en la preocupación médica por los determinantes individuales y sociales de la salud (DISS), las así llamadas "causas" de las causas de las enfermedades.<sup>5,6</sup>

Entre los determinantes *individuales* de salud se encuentran la predisposición genética, la educación, el modo de vivir, la alimentación, las condiciones del entorno, la actividad física, las sociales y culturales, el equilibrio psíquico, y otros. Entre los determinantes *sociales*, se pueden mencionar el ambiente social, la familia, los amigos, el trabajo, la vivienda, el soporte social, la convivencia social y muchos más. Así, por ejemplo, incluso las adicciones al tabaco o al alcohol (consideradas "factores de riesgo" para otras enfermedades), podrían estar condicionadas por algunos de los mencionados determinantes.<sup>6</sup>

Para abordar el trabajo con los DISS se requiere estar en posesión del concepto de integralidad en la atención primaria y una buena interrelación con *cada uno* de los miembros del área de atención, ambos factores son criterios esenciales de la medicina general integral familiar. Para sacar buen provecho de esas condiciones se requiere motivar a los médicos de la familia para desarrollar un pensamiento *sanocéntrico proactivo* y facilitarles las condiciones de trabajo, que permitan dedicar atención y tiempo a una comunicación suficientemente frecuente y sistemática con los individuos saludables o enfermos de su área de atención.

La confianza que tiene la medicina contemporánea en soluciones técnicas, tanto diagnósticas como de restablecimiento de la salud tiende a soslayar, la importancia de la relación del médico-paciente.

En la práctica de la medicina *reactiva*, el médico atiende al paciente solo cuando está enfermo, o en el mejor de los casos, cuando influenciado por la información que recibe a través de los medios masivos de comunicación, la persona cree que está en riesgo de enfermarse. Por otro lado, también las personas perciben al médico como aquel profesional que las cura cuando están enfermas, pero no lo ven como aquel que las mantiene saludable o incluso pudiera hacer mas invulnerable la salud que poseen.

---

La conjugación de estas actitudes no facilita el accionar sobre los DISS. Así, para desarrollar una medicina proactiva, es necesario lograr un acercamiento adecuado al individuo. Es importante hacerle comprender que por tal acercamiento no debe considerarse necesariamente enfermo, ya que en algunos casos esto podría introducir en él la idea contraproducente de peligro de enfermedad, cuando mas bien se trata de crear la conciencia de mantener y mejorar su salud.

Debido a la diversidad de los DISS, el médico además, requiere de intuición acerca de la personalidad del individuo y su situación en el ambiente social y natural específico. Lo mismo vale para las recomendaciones que resultan de la comunicación y la insistencia en el tema en consultas posteriores. Esto es factible en las condiciones de una medicina inclusiva y gratuita para todos.

Promover los DISS con la perspectiva de hacer la salud más invulnerable frente a las ECNT, tan multifactoriales como son, significa tomar en cuenta también el aspecto cultural del individuo como parte del buen vivir y para ampliar su capacidad de comprensión. El médico, por su parte, ha de consolidar sus relaciones con la cultura en la cual radica y ampliar su visión sobre la salud, sin limitarse de modo reduccionista al pensamiento técnico. Ello le permite al médico asumir un papel orientador y educativo, que es inseparable de su responsabilidad para el diagnóstico, la terapia y rehabilitación de las enfermedades una vez diagnosticadas. Cuba dispone de condiciones muy favorables para implementar tal estrategia.

Como objetivo mas general, el proyecto "Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar" (DISSFA), concebido con dos años de duración, pretende estudiar la factibilidad y la potencialidad de un enfoque en los DISS para la práctica de la medicina *proactiva* familiar. El propósito inmediato del proyecto que se ha iniciado, fue introducir en la práctica un instrumento y una metodología de trabajo generalizable, que facilite la interacción sistemática, periódica e *individualizada* del médico general integral de la familia con *cada una* de las personas que integran su área de atención y tiene como finalidad ofrecerles información, educación y cultura acerca de aquellos DISS que le atañen *personalmente*.<sup>7</sup>

Este estudio, cuya primera etapa a un año del comienzo, estamos informando, tiene el objetivo fundamental de comprobar la aplicabilidad del instrumento y la metodología que se propuso emplear así como tomar experiencias de los errores y dificultades que lógicamente se pueden presentar, para utilizarlos en su perfeccionamiento y para dar a conocer los resultados preliminares, considerando el interés que pueden suscitar.

## MÉTODOS

El estudio se desarrolló en el área de salud del policlínico "Tomás Romay", en el municipio Habana Vieja y fue ejecutado por diez médicos de familia pertenecientes a dicha institución.

Cada médico atendió alrededor de 150 personas, dispensarizadas en los grupos I y II. No estuvo previsto incluir pacientes con ECNT. Las personas se incluyeron de acuerdo con su voluntad de participar en el estudio, tras firmar su consentimiento informado. En total, se reclutaron 1 496 personas de ambos sexos y edades comprendidas entre 15 y 87 años de edad. Los participantes se dividieron en dos grupos, uno de los cuales fue entrevistado por los investigadores (médicos en medicina general integral), cuatro veces en el año. A este grupo se le llamó grupo intervenido. Al otro grupo se le

hizo una consulta al inicio del estudio y otra a los 12 meses, que fue considerado como grupo control.

Se diseñó un instrumento de trabajo, que permitiera un intercambio periódico y sistemático (trimestral) acerca de la salud entre el médico y cada uno de los participantes.<sup>6</sup> El instrumento consistió en una entrevista que permitió explorar los aspectos siguientes:

- Datos de identificación.
- Peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Hábitos tóxicos.
- Antecedentes patológicos familiares y personales.
- Hábitos alimentarios de acuerdo a sus preferencias y frecuencia de consumo.
- Actividad física que realiza.
- Sueño.
- Equilibrio psíquico.
- Actividades recreativas.
- Actividades sociales.
- Coherencia familiar.
- Estado físico e higiénico de la vivienda.
- Registro de las recomendaciones.
- Criterio sobre la aceptación de las recomendaciones.
- Tiempo consumido en la entrevista.

Estos aspectos fueron calificados en una escala de 0 a 100, considerando entre 90 y 100 como excelente. También se diseñó otro documento para facilitar la organización de las citas a las consultas periódicas en las fechas correspondientes.

Para realizar su trabajo, cada uno de los médicos fue dotado con *laptop*, *modem*, *pendrive* y un esfigmomanómetro, además de una impresora-fotocopiadora-scanner dispuesta para su uso centralizado en el policlínico. Estos elementos, aunque no indispensables en este periodo, facilitaron el trabajo inicial y prospectivo del proyecto.

Los datos se introdujeron por el propio médico investigador en un programa computarizado, diseñado al efecto, instalado en su computadora para la recolección de los datos y luego introducidos en una computadora central.

El conjunto de todos los datos se procesaron para conocer los estadígrafos que describen las características demográficas de cada grupo, se compararon y se verificó la homogeneidad entre ellos.

Se analizaron estadísticamente las diferencias de los datos obtenidos en el examen físico e interrogatorio al inicio y al final del período entre uno y otro grupo. Las pruebas estadísticas utilizadas aparecen especificadas al pie de cada tabla.

La calidad de trabajo se controló y discutió en reuniones semanales de los investigadores, bajo el auspicio de la dirección del policlínico por una monitora.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En la tabla 1 se exponen las características demográficas con la inclusión de los antecedentes patológicos personales. Ninguno de los participantes debió estar enfermo teniendo en cuenta que fueron seleccionados dentro de los grupos I y II de dispensarización. Sin embargo, un número relativamente pequeño de participantes enfermos se incluyeron erróneamente. No hubo diferencias significativas para ninguna de las características analizadas entre los grupos, por lo que se consideraron grupos homogéneos y comparables.

### EXAMEN FÍSICO

El peso corporal y el índice de masa corporal (IMC) disminuyeron de modo discreto pero significativo en el grupo intervenido, mientras que en el grupo control se observó un ligero aumento que resultó significativo.

La frecuencia cardíaca no se modificó significativamente en ninguno de los dos grupos, mientras que, disminuyó la presión arterial, diastólica y sistólica, sobre todo en el caso de la sistólica en el grupo intervenido (tabla 2).

### HÁBITOS TÓXICOS

Tanto el hábito de fumar como el consumo de alcohol registraron un descenso significativo en el grupo intervenido respecto al grupo control (tabla 3).

### SOBREPESO

Tomando en consideración la existencia de un número apreciable de individuos con sobrepeso en la muestra, se tomó la decisión de comprobar cuantos de estos pacientes pasaron a la normalidad durante el período.

El número de participantes con sobrepeso en el grupo intervenido que pasaron a la normalidad fue significativamente mayor que los del grupo control (tabla 4). Cuando se compararon los valores medios del IMC en cada consulta en relación con el valor inicial, se observó una disminución de estos valores a partir de los 4 meses, la que comenzó a ser significativa a partir de los 8 meses de intervención. No obstante, debemos señalar que en el grupo control también se encontró una disminución de los valores del IMC al final del período, pero de menor significación (tabla 5).

**Tabla 1.** Características iniciales de la población incluida

Características	Grupo intervenido		Grupo control		Total	
	(n= 771)		(n= 725)		(n= 1 496)	
Edad (años) (X ± DE)	40,0 ± 14,0		38,0 ± 13,0		39,0 ± 13,0	
Talla (cm) (X ± DE)	165,8 ± 9,2		166,1 ± 9,2		165,9 ± 9,2	
Peso (kg) (X ± DE)	66,0 ± 12,6		66,3 ± 12,5		66,1 ± 12,5	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,7 ± 3,6		23,7 ± 3,7		23,7 ± 3,7	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	463	60,1	413	57,0	876	58,6
Masculino	308	39,9	312	43,0	620	41,4
<b>Hábitos tóxicos</b>						
Fumar	261	33,9	251	34,6	512	34,2
Consumo de alcohol	59	7,7	54	7,4	113	7,6
<b>Antecedentes patológicos personales</b>						
Sobrepeso (IMC ≥ 25 < 30)	215	27,9	208	28,7	423	28,3
Obesidad (IMC ≥ 30)	45	5,8	46	6,3	91	6,1
Procederes quirúrgicos	24	3,1	28	3,9	52	3,5
Alergias	12	1,6	10	1,4	22	1,5
Gastrointestinales	11	1,4	6	0,8	17	1,1
Respiratorios	5	0,6	7	0,9	12	0,8
Genitourinarios	6	0,8	6	0,8	12	0,8
Hipertensión arterial	4	0,5	3	0,4	7	0,5
Traumatismos	2	0,3	5	0,7	7	0,5
Osteo-musculares	4	0,5	2	0,3	6	0,4
Endocrino-metabólicos	2	0,3	1	0,1	3	0,2
Hematológicos	0	0,0	1	0,1	1	0,1

X: media, DE: desviación estándar, IMC: índice de masa corporal.

Todas las comparaciones fueron no significativas,  
(T-test para muestras independientes, (Test  $\chi^2$ ).

**Tabla 2.** Cambios observados en los indicadores del examen físico (X ± DE)

Grupo	Basal	4 meses	8 meses	12 meses
Índice masa corporal (IMC) (kg/m <sup>2</sup> )				
Intervenido	23,7 ± 3,6	23,7 ± 3,9	23,5 ± 3,4*	23,5 ± 3,4*
Control	23,7 ± 3,7	-	-	23,7 ± 3,6
Peso (kg)				
Intervenido	66,0 ± 12,6	65,8 ± 11,7	65,4 ± 11,7	65,5 ± 12,0*
Control	66,3 ± 12,5	-	-	66,6 ± 12,8*
Frecuencia cardiaca (latidos/min)				
Intervenido	78,5 ± 5,7	77,4 ± 4,9	76,8 ± 4,4	76,7 ± 4,6
Control	78,4 ± 5,5	-	-	76,9 ± 4,6
Presión arterial diastólica (mm Hg)				
Intervenido	75,1 ± 6,9	75,3 ± 6,3	74,9 ± 6,8	74,7 ± 6,6*
Control	75,5 ± 7,6	-	-	75,2 ± 7,1
Presión arterial sistólica (mm Hg)				
Intervenido	116,0 ± 9,2	115,2 ± 9,0	114,5 ± 9,0***	114,5 ± 8,3***t
Control	115,7 ± 8,8	-	-	115,4 ± 8,9

X: media, DE: desviación estándar,

\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$ : comparación vs nivel basal (T-test para muestras pareadas);  
<sup>t</sup> $p = 0,05$ : comparación entre grupos (Test de ANOVA y T-test para muestras independientes).

**Tabla 3.** Cambios en la frecuencia hábitos tóxicos

Grupo	Basal		12 meses		Dif.
	n	%	n	%	
Hábito de fumar					
Intervenido	261	33,8	232***	30,1	- 29
Control	251	34,6	248	34,2	- 3
Consumo de alcohol					
Intervenido	59	7,6	31*	4,0	- 28
Control	54	7,4	40	5,5	- 14

n: número de individuos, Dif: diferencia,

\* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,0001$ : comparación entre grupos (Test ji-cuadrada).

**Tabla 4.** Cambios en la frecuencia de individuos con sobrepeso (IMC  $\geq$  25)

Grupo	Basal		12 meses		Dif.
	n	%	n	%	
Intervenido	215	27,9	184**	23,9	- 31
Control	208	28,7	195	26,9	- 13

n: número de individuos, Dif: diferencia,  
 \*\*  $p < 0,01$ : comparación entre grupos (Test  $\chi^2$ ).

**Tabla 5.** Cambios en los valores del IMC  $\geq$  25

Grupo	Basal	4 meses	8 meses	12 meses
Intervenido	27,6 $\pm$ 2,3	27,6 $\pm$ 4,0	27,2 $\pm$ 2,6***	27,1 $\pm$ 2,6****
Control	27,7 $\pm$ 2,8	-	-	27,3 $\pm$ 3,1*

X: media, DE: desviación estándar,  
 \* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,0001$ , \*\*\*\* $p < 0,00001$ : comparación vs nivel basal  
 (T-test para muestras pareadas).

## INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DURANTE EL AÑO DE INTERVENCIÓN

Se observó menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipoproteinemia y enfermedades osteo-musculares en el grupo intervenido respecto al grupo control, pero esta diferencia solo fue significativa en el caso de la diabetes ya que en el grupo intervenido debutó 1 paciente contra 7 en el grupo control ( $p < 0,05$ ). La incidencia de enfermedad vascular periférica y de enfermedades del sistema nervioso, aunque mayores en el grupo de intervención, no resultaron significativas respecto al grupo control.

La frecuencia de enfermedades genitourinarias y gastrointestinales fue significativamente mayor en el grupo intervenido respecto al control, mientras que no hubo diferencias entre grupos en cuanto al resto de las enfermedades clasificadas como "otras" (tabla 6).

**Tabla 6.** Incidencia de enfermedades diagnosticadas

Enfermedades	Grupo Intervenido				Grupo Control			
	Basal		Incidencia 12 meses		Basal		Incidencia 12 meses	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiovasculares	1	0,1	3	0,4	2	0,3	6	0,8
Vascular periférica	0	0,0	4	0,5	0	0,0	1	0,1
Hipertensión arterial	4	0,5	15	1,9	3	0,4	16	2,1
Diabetes mellitus	2	0,3	5	0,1	1	0,1	9*	1,1
Dislipoproteinemia	0	0,0	7	0,9	0	0,0	14	1,9
Osteo-musculares	4	0,5	15	1,9	2	0,3	17	2,3
Sistema nervioso	0	0,0	10	1,3	0	0,0	7	1,0
Alergias	12	1,6	16	2,1	10	1,4	14	1,9
Otras								
Proceder quirúrgico	24	3,1	36	4,7	28	3,9	31	4,3
Respiratorias	5	0,6	36	4,7	7	1,0	17*	2,3
Genitourinarias	6	0,8	32	4,1	6	0,8	15*	2,1
Gastrointestinales	11	1,4	24	3,1	6	0,8	13	1,8
Traumatismos	2	0,3	15	1,9	5	0,7	10	1,4
Hepáticas	1	0,1	3	0,4	1	0,1	3	0,4
Hematológicas	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1

n: número de sujetos,

\* $p < 0,05$ : comparación entre grupos al final del estudio (Test *ji*-cuadrada).

## DISCUSIÓN

Al iniciar el estudio se aspiraba a obtener resultados relacionados con la implementación del proyecto y conocer los posibles cambios, siempre necesarios, para sortear las dificultades que lógicamente deben presentarse al comenzar a introducir en la práctica conceptos que hasta el presente se han movido mas en el campo teórico que en la práctica.

Al proponerse este proyecto se consideró que los resultados sobre cambios en algunas de las variables estudiadas podrían ocurrir después de un tiempo superior a dos años. Tomando en consideración este criterio, la falta de referencia de otros estudios anteriores y la inexperiencia de todos, no se esperaba encontrar cambios significativos en la salud de los participantes enrolados, al final del primer año de iniciado el proyecto.

No se esperaba lograr siquiera cambios mínimos en el estilo de vida en las personas atendidas, teniendo en cuenta el arraigo que tiene en los individuos los hábitos alimenticios o las adicciones, ni que pudieran encontrarse cambios en variables tan importantes para la salud como la disminución del peso corporal y de la presión arterial y mucho menos aun, alguna repercusión en la incidencia de alguna ECNT. Sin embargo, la realidad superó ampliamente las expectativas.

La permanencia masiva de los sujetos en el estudio constituyó también un resultado importante si se compara con otros similares.<sup>8</sup>

### **EL INSTRUMENTO DE TRABAJO**

La entrevista o encuesta, que pretendió facilitar y sistematizar los encuentros medico-paciente de manera que se insistiera en aquellos DISS más importantes para cada individuo en particular, no encontró dificultades que no pudieran solucionarse.

Más allá de los defectos que de hecho tiene la entrevista, los contactos sistemáticos y periódicos del colectivo de investigadores con la monitorea del estudio, incorporó un grupo de atinadas sugerencias que influyeron en los resultados positivos del estudio. Estas sugerencias de los investigadores constituyeron uno de los resultados más importantes para el futuro desarrollo del proyecto.

Entre los cambios propuestos para su perfeccionamiento, se consideró aclarar algunos conceptos, como por ejemplo, diferenciar el bebedor de riesgo del individuo alcohólico, particularizar todas las ECNT (no solo algunas) y no considerarlas por grupos de enfermedades por ejemplo: cardiovasculares, endocrinas, entre otras, lo que trajo imprecisiones en el análisis. Algunos aspectos de la encuesta resultaron innecesarios o deben ser modificados por lo que se debe adecuar el sistema de recolección de los datos de forma que se eviten algunos errores e insuficiencias.

La aplicación de la encuesta requirió un tiempo relativamente breve, fue de fácil comprensión y su aplicación mediante un programa de computación, facilitó la recolección de los datos y el análisis de los resultados.

### **PESO CORPORAL E IMC**

El elevado peso corporal fue la variable más frecuente en la muestra estudiada. En este caso, resultó interesante, no solo la diferencia entre los valores iniciales y a los 12 meses sino también, la tendencia a la disminución del peso corporal a lo largo del período de estudio registrado en el grupo intervenido en contraste con el grupo control, que registró un discreto pero significativo aumento del peso promedio.

### **PRESIÓN ARTERIAL**

La disminución de la presión arterial tanto diastólica como sistólica no resultó menos interesante, teniendo en cuenta que pequeñas disminuciones en mm Hg pueden contribuir a la disminución de la mortalidad por cualquier causa.<sup>9</sup>

La gran mayoría de los participantes en el ensayo fueron normotensos. De los 31 pacientes hipertensos que se registraron (2,06 %), 7 fueron erróneamente incluidos en el ensayo y otros 24 debutaron durante el año y fueron detectados en diferentes consultas, pero no hubo diferencia significativa en cuanto al número de individuos hipertensos entre un grupo y otro al inicio ni al final del ensayo. Las cifras de presión arterial registradas en el grupo intervenido durante el ensayo mostraron una tendencia a la disminución en el tiempo que llegó a ser significativa al final del estudio, lo que pudiera estar relacionado con la efectividad de las consultas salutogénicas.

## HÁBITOS TÓXICOS

El resultado obtenido relacionado con los hábitos tóxicos resultó importante a pesar del pequeño número de individuos afectados, teniendo en cuenta lo arraigado de estos hábitos y porque no se utilizaron métodos específicos para lograrlo. Sin embargo, en la literatura especializada aparece como un método muy efectivo la relación médico-paciente (cara a cara),<sup>10</sup> lo que estimula la búsqueda de logros superiores.

## INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DURANTE EL AÑO DE INTERVENCIÓN

Las enfermedades más registradas como incidencias en el periodo fueron, en orden de frecuencia: las respiratorias, genitourinarias, osteoarticulares, hipertensión arterial, dislipoproteinemia y traumatismos. El diseño de la encuesta no permitió conocer si las enfermedades respiratorias se correspondieron con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), las que pueden considerarse ECNT o se trataba, por ejemplo, de enfermedades respiratorias infecciosas transitorias o ambas a la vez. Lo mismo ocurrió con las enfermedades genitourinarias y otras erróneamente agrupadas por sistemas en el cuestionario, aspecto que debe modificarse en el futuro. Resultó más conveniente concentrarse en el grupo de las ECNT más frecuentes.

Las dislipoproteinemias aparecen como dato dado por los pacientes y no como resultado de una indicación médica, por lo que tienen un valor relativo en el sentido de que su frecuencia probablemente pudiera ser mayor. Lo mismo ocurrió con la glicemia (en relación a la diabetes), por lo que habría que discutir la posibilidad y la necesidad o no de recomendar la medición de las concentraciones de los indicadores específicos con alguna periodicidad, teniendo en cuenta el peso de estas enfermedades en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Resultó interesante que 7 diabéticos, pertenecientes al grupo control, debutaron durante el año, mientras que en el grupo intervenido solo se registró el debut de un diabético ( $p > 0,05$ ), lo que pudiera estar en relación con el mejor control de peso y presión arterial registrado en este grupo. Este alentador resultado debe confirmarse al completar el estudio.

Finalmente, los resultados obtenidos sobrepasaron ampliamente las expectativas iniciales: se comprobó en la práctica que es posible aplicar el instrumento así como la factibilidad de las consultas salutogénicas, lo que permitió una relación médico-paciente sistemática para incidir sobre los DISS. Las experiencias adquiridas permiten perfeccionar aun mas el procedimiento en su conjunto y proponer nuevos proyectos que pudieran estar dirigidos a confirmar los resultados obtenidos y aplicarlos en grupos en riesgo de la población, por lo que se cumple el propósito del estudio. El procedimiento es, además, capaz de mejorar en alguna medida las condiciones de salud en los individuos incluidos dentro del grupo intervenido, en un tiempo menor que el que se podía prever.

Sobre la base de los resultados del primer año de estudio, consideramos justificada la inversión del tiempo laboral necesario en las consultas salutogénicas.

Es recomendable aplicar el enfoque salutogénico personalizado "cara a cara" de manera sistemática como parte de un estilo de trabajo integrado a una estrategia para la disminución de la morbilidad y mortalidad por ECNT a largo plazo.

## Reconocimientos

El colectivo que ha realizado este trabajo desea reconocer en primer lugar, el apoyo institucional, logístico y conceptual que sin condicionamiento alguno ha prestado el equipo de la Oficina del Historiador de La Habana y en particular su director, el Dr. *Eusebio Leal Spengler*, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la realización del trabajo.

A la Academia de Ciencias de Cuba, en la persona de su Presidente el Dr. *Ismael Clark Archer* cuyas gestiones, consejo y apoyo han sido de inapreciable valor para encontrar los mejores caminos.

Al Dr. C. *Francisco Rojas Ochoa*, Profesor de la Escuela Nacional de Salud Pública, por la comprensión de los propósitos que animan las ideas que han presidido el trabajo, su gestión para dar inicio al proyecto y su permanente apoyo.

A los funcionarios del Ministerio de Salud Pública que autorizaron la realización del proyecto: Dra. *Cristina Luna*, Directora de la Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios; Dr. *Néstor Marimón*, Director de Relaciones Internacionales; Dr. *Víctor Manuel Rodríguez*, Relaciones Internacionales.

A las autoridades de la Organización Panamericana de la Salud, de manera especial a la Dra. *Vivian Pérez Jiménez*, consultora, que concurrió al policlínico "Tomás Romay" para conocer del inicio de las actividades, Dr. *Mario Pichardo Díaz*, Consultor, y al Dr. *Jorge Hadad*.

Al Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, en la persona de su director Dr. *Mariano Bonet Gobeia* y del Dr. *Armando Rodríguez Salvá* Subdirector, por haber participado en la discusión inicial del proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico de Salud 2010. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.
2. Library Cataloguing-Publication Data. Non Communicable Disease Country Profile. 2011 [cited 2012 Oct 22]. Available from: [http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011pdf/ncd\\_profiles\\_reports.pdf](http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011pdf/ncd_profiles_reports.pdf)
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
4. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: WHO; 2008 [cited 2012 Oct 21]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf)
5. Thielmann K, Illnait Ferrer J. La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 20 Ago 2012]; 38(2): 278-85. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200011&lng=es)

6. WHO Global Strategy for Noncommunicable Disease Prevention and Control. Division of Noncommunicable disease. Geneva: WHO; 1997.
7. Fernández RM, Thielmann K, Bormey Quiñones MB. Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 20 Ago 2012]; 38(3):484-90. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es)
8. Bengel JU, Koch C. Brühne-Scharlau, Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz. Köln 1988, 544 S., cit. por Meyer-Abich, K.M., Was es bedeutet, gesund zu sein. Muenchen: Carl Hanser Verlag; 2010.
9. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288(15):1882-8.
10. Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a Minimal Contact Smoking Cessation Program for a Radomized Controlled Trial. Dutch General Practitioners. Prev Med. 2001;32(2):182-90.

Recibido: 30 de octubre de 2012.

Aprobado: 30 de mayo de 2013.

*Sonia Bermúdez Conrado*. Policlínico Universitario "Tomás Romay". Aguiar No. 251, Habana Vieja. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [jose.illnait@cnic.edu.cu](mailto:jose.illnait@cnic.edu.cu)