



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Cabrera Cruz, Niviola; Toledo Fernández, Ana Margarita
Los estudios de pesquisa activa en Cuba
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2008
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Los estudios de pesquisa activa en Cuba

Studies on active screening in Cuba

Niviola Cabrera Cruz^I; Ana Margarita Toledo Fernández^{II}

^IDirectora Nacional de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión del tema de pesquisa activa en Cuba, país donde el Estado asume la responsabilidad de la atención a la salud de toda la población, así como la búsqueda y solución oportuna de sus problemas de salud, y de la que el Comandante en Jefe ha planteado: " consiste en el verdadero diagnóstico del estado de salud de una población y el más grande avance que pueda concebirse para elevar las perspectivas de vida del ser humano en la actualidad", desde la atención primaria, que constituye el pilar fundamental del sistema sanitario y representa hoy el escenario de profundas transformaciones con la incorporación de nuevas o mejoradas tecnologías, la apertura de nuevos servicios y la universalización de la enseñanza, convirtiendo al área de salud en la sede universitaria para la docencia de las Ciencias Médicas y donde se centra el perfeccionamiento del Programa de Atención Médica Integral a la Familia y a la Comunidad. El pesquiasaje activo descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud, tiene como meta final la disminución de la mortalidad específica de la enfermedad sujeta a pesquisa y la identificación del mayor número de individuos a los que se les ofrece la posibilidad de un tratamiento oportuno y efectivo, para mejorar su calidad de vida. En el artículo se explicitan los requisitos para realizar un estudio y los criterios clásicos que debe reunir una enfermedad para que sea incluida en un programa de pesquiasaje, se aborda la experiencia cubana en niños y adultos, así como los desafíos críticos para el desarrollo de estos programas.

Palabras clave: Pesquisa, epidemiología, servicios de salud, Cuba.

SUMMARY

The Cuban state takes responsibility for the population's health care, and for the search of and timely solution of health problems at the primary care level that constitutes the fundamental pillar of the Cuban healthcare system. At the same time, it represents the main scenario where big changes are taking place owing to the introduction of better or new technologies, the opening up of new services and the wide extension of education, which

means that the health area turns into a medical university to teach medical sciences and into the place where the improvement of the Comprehensive Medical Care to the Family and the Community is focused; this Program is aimed at developing comprehensive medical care of excellence for the people, the families, the groups and the community at large. The patient classification is closely linked to the active screening programs that Cuba is conducting at present, and is the important topic that was reviewed in this paper. Active screening essentially lies in systematic clinical examination of the population and its final objective is the reduction of the screened disease-specific mortality rate, so it detects the highest number of individuals in need of a timely and effective treatment in order to improve their quality of life. The requirements for a study of this type and the typical inclusion criteria that a disease should meet to be accepted for a screening program were explained; additionally, the Cuban experience in child and adult screening as well as the main challenges for its implementation in both groups of persons were dealt with.

Key words: Screening, epidemiology, health care service, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas y, en especial, desde la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera asamblea en 1948, y después en Alma Ata, definiendo la salud como un estado de bienestar tanto físico como psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad, ha existido un reconocimiento en el ámbito internacional del potencial de la atención primaria (AP) en la mejora de la salud de los individuos y de la comunidad.^{1,2}

La reforma realizada en los sistemas de salud de muchos países, acompañada de los cambios demográficos, los avances en la tecnología médica, la economía de la salud y las expectativas y necesidades de los pacientes, han propiciado la búsqueda de nuevas formas en la provisión de los servicios sanitarios.³ En este sentido, los sistemas de salud basados en una AP efectiva, con profesionales bien preparados, proporcionan una mejora en la atención prestada, si se compara con los sistemas de menor orientación hacia la AP de salud (APS).⁴

La AP supone el primer punto de contacto, o de acceso, de la población con los servicios sanitarios, servicios que se proporcionan de forma continua e integrada, en coordinación con otros servicios y orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad.⁵⁻⁷ Así, en términos generales, podría decirse que el objetivo de la AP se centra en la provisión de servicios sanitarios de calidad, integrados y accesibles, proporcionados por profesionales que abordan un amplio abanico de necesidades de la población, desarrollando una relación con los pacientes, la familia y la comunidad y trabajando para disminuir las desigualdades existentes en el nivel de salud entre grupos específicos de la población ofreciendo una atención de calidad.^{8,9}

La AP, por lo tanto, representa un elemento esencial en la provisión de servicios dentro del sistema sanitario, con la característica de atender sujetos sanos y enfermos. Para ello, resulta imprescindible disponer de los datos o información sobre las características de la población atendida para avanzar en el conocimiento de los servicios que se han de ofrecer y que mejor se adapten a las necesidades de dicha población.¹⁰

Es aquí precisamente donde entra a jugar un papel fundamental la investigación, esta enfoca un gran abanico de temas en ciencias de la salud y ciencias sociales que se extiende más allá

de la investigación clínica tradicional en servicios sanitarios. Las áreas en las que se basa la investigación en AP son, entre otras, el análisis de la situación de salud de la comunidad (epidemiología, salud pública, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades), el paciente (sus necesidades, expectativas, entorno familiar, laboral y comunidad), los hábitos de vida (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y la atención prestada (integración del proceso asistencial, satisfacción, calidad, accesibilidad, equidad). Podría decirse, por lo tanto, que la investigación en AP aplica sus resultados directamente a la población a la que se dirige, estudiando los estadios más precoces de la enfermedad y estableciéndose una relación continua con los pacientes, estudiando la historia natural de la enfermedad en todo su espectro, de forma continua e *in situ*.^{6,11,12}

En Cuba se concibe la salud como un componente principal de la calidad de vida y como un objetivo estratégico en el crecimiento y desarrollo de la sociedad, en donde el Estado, asume la plena responsabilidad de la atención a la salud de toda la población. Varios proyectos buscan consolidar los resultados de más de cuatro décadas de esfuerzos y elevar la calidad de vida en este país, que, pese al bloqueo estadounidense, ya exhibe indicadores de salud del primer mundo. Entre las acciones emprendidas con ese propósito se encuentra la reparación capital de un número importante de unidades, la ampliación de los servicios en instalaciones comunitarias, y la instalación de modernas tecnologías.

La APS en el momento actual constituye el pilar fundamental del sistema sanitario y ocupa un escenario de profundas transformaciones con la incorporación a la práctica médica de nuevas o mejoradas tecnologías, la apertura de nuevos servicios y la universalización de la enseñanza, convirtiendo al área de salud en el escenario fundamental de la docencia de las ciencias médicas y donde los esfuerzos principales están centrados en el perfeccionamiento del Programa de Atención Médica Integral a la Familia y a la Comunidad. Ese programa no es exclusivo del médico y enfermera de la familia, ni siquiera del sistema de salud, pues requiere también de la participación social y comunitaria y la acción intersectorial para lograr la calidad y la excelencia de los servicios.

La necesidad de mejorar la calidad de la atención médica integral que se brinda a la población cubana continúa siendo una prioridad. Elevar la eficiencia y efectividad de las acciones del médico y la enfermera de la familia en función de los problemas de salud a los que se enfrenta, es requisito indispensable para el desarrollo de una atención médica integral que mejore la calidad de la atención y por tanto la satisfacción de la población.

El objetivo general del Programa es desarrollar una atención médica integral dispensarizada y de excelencia dirigida a las personas, familias, grupos y comunidad, para elevar de forma continua el estado de salud de la población y entre sus funciones están -la de ofrecer una atención médica de elevada calidad técnica, científica y humana, que se desarrolle a través de acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños; restauración y rehabilitación, con un enfoque biopsicosocial, organizada, planificada, proactiva y concertada con el sujeto de atención y que se realiza a partir del análisis de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y el ambiente- y la de realizar acciones para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.¹³

Desde la creación de los policlínicos comunitarios, la organización de las funciones y actividades que debe desarrollar el Equipo Básico de Salud (EBS) con su comunidad ha estado centrada en torno al proceso conocido como dispensarización, el cual ha evolucionado e introducido nuevas concepciones, especialmente al ampliarse la visión y el enfoque de trabajo integral de los policlínicos con la creación del programa del Médico y Enfermera de la

Familia y el desarrollo de la Medicina General Integral (MGI) como especialidad. La dispensarización en su concepción original no estaba dirigida a toda la población, sino a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables o de riesgo. Se concibe la dispensarización como un proceso coordinado y gerenciado por el EBS. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud *de todas las personas* en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la conservación y mejoría de su salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

Como se aprecia, esta definición lleva implícitos varios atributos esenciales que la caracterizan. *Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados.* Debe quedar claro que la dispensarización es un proceso continuo y el solo hecho, de realizar una evaluación puntual de un individuo, o su registro en la historia de salud familiar u otra lista de personas con diferentes condiciones, no significa que ya esté dispensarizado, más bien indica que se ha iniciado el proceso.¹⁴

En síntesis, la dispensarización se basa esencialmente en el desarrollo de un enfoque de riesgo en el que el seguimiento de cada persona es considerado de acuerdo con sus características individuales y los problemas que de forma integral pueden afectar su salud, de ahí, su estrecha vinculación *con los programas de pesquisa activa* que hoy Cuba desarrolla.

CONCEPTO DE PESQUISAJE ACTIVO

La meta final de un programa de pesquisaje es la disminución de la mortalidad específica de la enfermedad sujeta a pesquisa, gracias a la identificación del mayor número de individuos a los que se les pueda ofrecer la posibilidad de un tratamiento oportuno y efectivo, para mejorar la calidad de vida de cada paciente durante el estadio de la enfermedad. La decisión e implementación de adoptar un programa de pesquisaje por las autoridades sanitarias de un país, es un proceso complejo en el que interactúan múltiples factores. Previa a su introducción, es necesario un análisis de las posibles consecuencias sobre la población estudiada, tanto desde el punto de vista médico como social, ético y legal, así como del impacto que tendría en el Sistema de Salud en términos económicos y de organización asistencial.

Para muchos médicos el pesquisaje es todavía una noción vaga y mal asimilada. A menudo incluso hay cierta confusión entre pesquisaje y diagnóstico precoz. Para los doctores *Fernández Sacasas y Díaz Novas* se conceptualiza el pesquisaje activo como las "Acciones diagnósticas tendientes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, a fin de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta, con el objetivo de ser incluidos en programas (la dispensarización) para garantizar su seguimiento y atención continuada". Este concepto implica la existencia de un sistema de atención de salud asequible y sostenible con el desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica a cargo de personal especializado, en el caso de Cuba, el médico y la enfermera de familia (Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre el Pesquisaje Activo. Informe inédito. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2006).

El pesquisaje activo descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud. En los programas de pesquisaje se deben considerar aspectos éticos, sociales, tecnológicos, económicos y legales.

Éticos

Una dimensión de necesaria consideración.¹⁵ A todos los sujetos se les debe facilitar una adecuada información científicamente comprobada sobre las consecuencias derivadas de la participación en el programa, así como del seguimiento de los resultados positivos y del tratamiento a efectuar en cada caso, además de la probabilidad existente de que la prueba obtenga un resultado falso positivo o negativo. A partir de esta información se debe determinar la decisión voluntaria de cada sujeto a participar del pesquiasaje o dejar participar al familiar que representa si fuera el caso y expresar por escrito su aceptación a través del consentimiento informado. Cuando se trata de una medida de prevención, las explicaciones deberán ser suficientemente explícitas y perfectamente comprendidas por los participantes para que puedan dar su aprobación.

Existen dos perjuicios a analizar en los sujetos sometidos a programas de cribado: el resultado en términos de intervenciones realizadas que se deriven de la práctica de pruebas de confirmación diagnóstica y del proceso psicológico producido en la persona que se siente sana, al comunicársele la probable existencia de una enfermedad. Todo ello es causa potencial de ansiedad innecesaria causada por las sucesivas pruebas realizadas en caso de iniciar el seguimiento de lesiones detectadas y por el sentimiento de enfermedad de estos sujetos. Esto plantea la necesidad de ratificar de forma rigurosa, la efectividad del programa para poder asegurar que los beneficios obtenidos superan los daños ocasionados por el mismo. Partiendo de esta base, sólo sería ético ofrecer el pesquiasaje una vez demostrada su efectividad y cuando es posible predecir todos los efectos derivados del mismo.

En relación con los problemas éticos ocasionados por las acciones de prevención, se califican de no éticos aquellos programas de pesquiasaje puestos en marcha o generalizados a una población sin antes haber sido probados en términos de eficacia, y de efectos secundarios.¹⁶

Las tecnologías más simples se emplean hoy más intensamente que en el pasado para fines de diagnóstico y prevención, pero también por razones netamente rutinarias. El uso indiscriminado de la tecnología genera tasas altas de iatrogenia clínica, además de daños culturales y sociales.¹⁷ Debe evitarse el abuso de realización de pruebas diagnósticas o sin claro beneficio terapéutico. El empleo abusivo de la tecnología diagnóstica se ha incrementado en los últimos años: exámenes de laboratorio de rutina, pruebas radiológicas, ultrasonográficas, endoscópicas, entre otras, constituyen ejemplos claros de esto. En una población sana, cuyos miembros son susceptibles de padecer un día una enfermedad cancerosa por ejemplo, los problemas éticos no son menores en relación con los programas de pesquiasaje en lo que concierne al aseguramiento de la calidad, y de la evaluación médica y socioeconómica, donde a los posibles beneficios individuales se oponen las dificultades económicas y la orientación de las políticas de salud.¹⁸

Un aspecto ético-moral muy importante en los estudios de pesquiasaje en general, es la confidencialidad en los resultados de los estudios por parte de las personas que participen de la investigación y tenga acceso a una parte o a la totalidad de la información, del que no están exento los resultados de los estudios de pesquiasajes neonatal. En el caso de los estudios de genética médica, debe protegerse además los resultados ante terceras personas no relacionadas al paciente y su familia para evitar actitudes de estigmatización y/o discriminación hacia ellos por parte de la sociedad.

Sociales

La asistencia sanitaria trata de proveer a la población de la forma más eficaz, efectiva y eficiente posible, de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. Algunos de los componentes que asegura este concepto son la accesibilidad y la equidad. En este aspecto un programa de pesquiasaje debe llegar a todos por igual, no importa, su ubicación geográfica, edad, sexo, escolaridad, nivel económico u otros.

Tecnológicos

Debe tenerse en cuenta la rapidez en la introducción de nuevas tecnologías, pues el ritmo de producción de nuevas posibilidades de diagnóstico y terapéutica es tan alto y la presión de los intereses por estar presente (industria, potenciales usuarios y otros) tan fuerte, que a menudo las novedades son introducidas para su uso generalizado mucho antes que sea posible evaluar rigurosamente su impacto clínico real, sus consecuencias éticas y su impacto económico y social.¹⁹ Por otra parte la existencia de tecnologías de avanzada permite diagnosticar con mayor precisión.

Otro de los aspectos importantes a considerar son aquellos relacionados con la necesidad de adecuar la utilización y seguridad de la información con la que se tratan los datos por parte de los servicios sanitarios. Hoy día las tecnologías de la información permiten disponer de bases de datos sumamente útiles por cuanto contienen estudios -publicados o no, finalizados o en curso- sobre investigación y evaluación de servicios y tecnologías de salud.

Económicos

La perspectiva organizativa se completa con el análisis de los costos. Muchas pruebas son costosas y su aplicación en forma masiva es difícilmente justificable,^{20,21} si a esto se une que una vez diagnosticado el caso debe ser debidamente tratado, se encarece mucho mas. Por tal motivo ningún programa de pesquiasaje debe ser considerado costo-efectivo, hasta tanto no se demuestre que reduce de forma sustancial la mortalidad, que presenta menores tasas de falsos positivos, cuando se demuestre un aumento de la adherencia y cuando disminuya el costo de las pruebas diagnósticas.

Otro aspecto a considerar para completar adecuadamente el análisis de un programa de pesquiasaje es la continuidad de la participación a lo largo del tiempo, es decir la sostenibilidad del programa. Por ello, debe asegurarse la disponibilidad adecuada de personal necesario para la realización de la prueba, el diagnóstico, el tratamiento y la organización del programa en términos generales. Además, hay que considerar las posibles consecuencias en términos de carga asistencial en las diferentes unidades clínicas implicadas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad a estudio.

Según algunos autores, es difícil transferir los resultados de los programas de pesquiasaje de uno a otro país. Un ejemplo de ello es la cifra de prevalencia tomada en estos estudios como base del análisis, que puede cambiar en función de los escenarios.

El término de pesquiasaje activo es también utilizado en la literatura internacional como "tamizado", *screening* (en inglés), un instrumento de la epidemiología y la medicina preventiva para investigar la prevalencia en una población de determinadas enfermedades, mediante la utilización de pruebas diagnósticas (aceptables y no costosas) que permitan separar los sanos de los posibles enfermos y que por lo general suelen complementarse con otras pruebas diagnósticas de mayor precisión.

Un enfoque más reciente del pesquiasaje es que no tiene por objeto solamente descubrir enfermedades (prevención secundaria), sino también identificar a las personas de alto riesgo. Por ejemplo, se sabe que un alto nivel de lípidos en sangre, la hipertensión arterial y el tabaquismo, aumentan el riesgo de cardiopatía isquémica. Si con una intervención lo suficientemente efectiva en individuos con alto riesgo, se es capaz de reducir la morbilidad y la mortalidad, la identificación de personas de alto riesgo a través del pesquiasaje, podría contribuir a la verdadera prevención primaria.²²

Según *Wilson-Jungner*,²³ los criterios clásicos que deben reunir una enfermedad para que sea incluida en un programa de pesquiasaje son:

- La enfermedad a detectar debe ser potencialmente grave o constituir un importante problema de salud.
- Su historia natural debe ser conocida.
- Debe disponer de medios efectivos para su diagnóstico.
- Debe resultar detectable en su fase inicial, por lo que debe haber una etapa latente o asintomática inicial, que permita reconocerla.
- Debe existir una prueba válida para el diagnóstico, es decir cuya sensibilidad y especificidad sea superior al 80 %.
- Dicha prueba debe ser aceptable para la población.
- Debe definirse claramente a quién se considera enfermo o a quienes tratar como pacientes.
- Debe existir un tratamiento más efectivo del que se considera el tratamiento habitual de la enfermedad.
- El costo de la detección (incluyendo diagnóstico y tratamiento de pacientes diagnosticados) no debe ser desproporcionado en relación con el gasto sanitario en general.
- Hay que asegurar la continuidad en el tiempo de la aplicación de las pruebas de pesquiasaje. La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo y no un "proyecto" de corta duración o por una vez.

La puesta en práctica de un programa de pesquiasaje exige cada vez más un mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de su posible diagnóstico, pero no se debe olvidar o subvalorar la importancia del tratamiento, de igual forma se debe disponer de un tratamiento validado y aceptado para pacientes con la enfermedad reconocida.

El objetivo general de un programa de pesquiasaje puede formularse en términos de mejorar el bienestar de los ciudadanos en particular o de la sociedad en su conjunto. Por tanto, los resultados esperados deben contribuir a mejorar los indicadores de salud de la población o al menos, los de calidad del servicio que se presta y calidad percibida de la atención médica que se le brinda al paciente.

A la luz de la información actual, las afecciones más frecuentes sujetas a un programa de pesquiasaje pudieran agruparse teniendo en cuenta la etapa o grupo de edad en la que esté focalizada la pesquisa, así entonces, puede ser en la etapa prenatal y de embarazo, neonatal, lactancia y preescolar, infancia, adolescencia, edad adulta, y/o edad avanzada.

Estos se realizan en dos grandes grupos poblacionales fundamentales que son: recién nacidos y niños, y adultos.

Sin embargo, existe un grupo de enfermedades específicas, para las cuales está bien establecido el pesquiasaje en uno u otro grupo, entre ellas se encuentra el carcinoma de

cáncer cérvico uterino, el cáncer de mama, la hipertensión, diabetes mellitus, un grupo importante de enfermedades de origen genético, cataratas y otras. Todas ellas, cumplen con la mayor parte de los requisitos anteriormente descritos desde 1968 por *Wilson y Jungner*.

EXPERIENCIAS DE PESQUISAJE EN CUBA

Los cambios en los patrones epidemiológicos y sociales en Cuba, así como el fortalecimiento de la APS, son las premisas fundamentales para establecer programas de intervención en las principales causas de morbilidad y mortalidad de Cuba, teniendo que implementar diferentes funciones a nivel local, organizados en grupos de trabajo y liderados por los equipos básicos de salud.

Existe una expresa voluntad y decisión política de la máxima dirección del país de no sólo acompañar sino de liderar este proceso de transformaciones. Corresponde al sistema de salud y en especial a los que hoy conducen este proceso en la APS, introducir los cambios necesarios, pero sobre todo, conducir científicamente el proceso, evaluando las intervenciones, produciendo tecnologías propias de la medicina familiar cubana, preparando a los recursos humanos para participar desde cualquier posición del sistema en esta transformación; convirtiéndose en verdaderos "agentes de cambios."

Es por todo esto, que se toman de referencia las palabras del Comandante en Jefe, en su discurso por la celebración del 26 de julio en la provincia de Granma en el año 2006, donde se refiere a la pesquisa activa y la define como:..."El verdadero diagnóstico del estado de salud de una población y el más grande avance que pueda concebirse para elevar las perspectivas de vida del ser humano en la actualidad." ²⁴

La APS en Cuba, su perfeccionamiento continuo, incorpora la aplicación del método de pesquisa activa de forma permanente y sistemática para la identificación y solución oportuna de los problemas de salud de la población, como responsabilidad del Estado. Representa un cambio en la atención tradicional de la salud, pues se buscan activamente los riesgos y afectaciones, incluso en estadios presintomáticos de la enfermedad; se llega a la totalidad de la población, en el contexto social de la familia y la comunidad, por lo que se organiza oportunamente el sistema de salud y se incorpora a otros sectores para la intervención y solución oportuna de todos los casos identificados en esta pesquisa, con una participación activa de la comunidad.

Es de comprender que el resultado final de la pesquisa es la disminución de la morbilidad y mortalidad específica gracias a la identificación del mayor número de pacientes a los que se les pueda ofrecer una terapéutica adecuada y efectiva. La evaluación de la efectividad de un programa de pesquisaje no estriba en la sola reducción de la morbilidad y/o mortalidad específica, en su valoración también debe tenerse en cuenta la forma en que se realiza el pesquisaje en general, el manejo de los resultados positivos, la proporción de sujetos con resultados anormales, así como la supervivencia de los diagnosticados dentro del pesquisaje, el impacto que resultaría de la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas en el área de salud, la calidad de vida de los participantes en el estudio, así como, los efectos secundarios derivados del mismo.

En este empeño es de destacar la preocupación del Gobierno para que un enfermo pueda recibir un diagnóstico precoz y certero, y un seguimiento médico a su tratamiento en su propia comunidad, independientemente del lugar donde viva.

Como principio, los estudios de pesquisa en Cuba deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Utilizar el Análisis de la Situación de Salud como herramienta fundamental para la identificación del problema a pesquisar.
- Utilizar los recursos humanos propios de cada territorio (médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud, entre otros), debidamente capacitados y con entrenamiento previo referente al problema que se va a pesquisar.
- Para impartir la capacitación de los recursos humanos que realizarán la pesquisa, se deben seleccionar a los expertos en el tema, participando los tres niveles de atención del sistema.
- Los recursos humanos deben comprender la importancia de lo que se realiza, conocer y dominar las misiones dadas e incorporarlo como nuevo método y estilo de trabajo.
- Los servicios del policlínico y el resto de las instituciones del territorio deben estar organizados para dar seguimiento y solución oportuna a los problemas identificados.
- Planificar y organizar acciones en diferentes horarios (extendidos y deslizantes), que garanticen la pesquisa al 100 % del universo determinado.
- Garantizar la organización de los diferentes niveles de atención del sistema, desde el policlínico, para el seguimiento de las acciones de la pesquisa, conduciendo al paciente hasta la solución de los problemas.
- Organizar la pesquisa con el consentimiento informado de las autoridades del territorio, así como el conocimiento sobre el objetivo de la pesquisa y lo que se espera de la misma.
- Evaluar los recursos materiales que se disponen y los que se necesiten, antes de comenzar la pesquisa para demandarlos y no utilizar los recursos planificados para la actividad del sistema.
- Garantizar el sistema de información (incluyendo la informatización) que permita ir conociendo los resultados diariamente, para la toma de decisiones oportuna, incluyendo la posibilidad de organizar oportunamente la solución de otros problemas de salud que surjan de la pesquisa.
- Seleccionar al coordinador general del programa en el territorio, con suficiente motivación y preparación técnica y jerarquía, que planifique, organice y controle las acciones, hasta la solución de los problemas.
- Desarrollar dentro de las acciones de la pesquisa, una estrategia de información, comunicación y educación para la salud, de conjunto con los organismos e instituciones responsabilizados con la tarea.

Los estudios de pesquisa en Cuba, en la práctica se caracterizan por:

- Estar regidos por la política trazada para la Salud Pública Cubana.
- La masividad, no se limita al estudio de los grupos de alto riesgo.
- No es un simple *screening*, dado que responde a un problema de salud identificado, con solución y del cual la población está consciente.
- Avanza hasta el diagnóstico definitivo con pruebas de máxima precisión para lo cual se utilizan baterías diagnósticas en series, disponibles por el desarrollo tecnológico mundial y en particular en el país.
- Todos los problemas de salud detectados tendrán una respuesta y seguimiento por el Sistema.
- El Estado asume el tratamiento en su totalidad.

Pesquisaje en recién nacidos y niños

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) califica de muy positivo el pesquiasaje y seguimiento de alteraciones genéticas en la población cubana, y la mejoría de la calidad de vida de quienes padecen discapacidades de esa índole en una nación donde la expectativa de vida se eleva a 77,1 años (una veintena más que al triunfo de la Revolución) y el próximo lustro excederá los 80.

Cuba alcanzó en el 2006 la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia con 5,3 por cada mil nacidos vivos, ²⁵ cifra que la ratifica como el país líder de América Latina en tan importante indicador, considerado internacionalmente un reflejo del estado de salud de la población y del desarrollo sociocultural logrado. En este importante indicador ha tenido su impacto el pesquiasaje prenatal y neonatal de VIH, hepatitis, malformaciones congénitas, hipotiroidismo y fenilcetonuria entre otras, el que ha sido posible gracias a la tecnología SUMA (Sistema Ultramicroanalítico) que inició sus aplicaciones hace dos décadas y que hoy cuenta con 172 laboratorios en todo el país. Durante el 2006 se incorporaron tres nuevas pruebas para el pesquiasaje prenatal, el déficit de biotinidasa, la 17 hidroxiprogesterona para el diagnóstico de la hiperplasia adrenal congénita y la galactosemia, enfermedades genéticas capaces de comprometer la salud del niño, y en el 2007, la prioridad se ha dirigido a profundizar y perfeccionar el tamiz neonatal ampliado, herramienta hasta ahora eficaz para detectar errores congénitos del metabolismo.

Hasta el momento se han detectado 6 693 malformaciones congénitas en 3 185 764 gestantes estudiadas, para una tasa de incidencia de 2,10 por mil, y se han detectado 734 niños con hipotiroidismo congénito entre 2 759 750 niños estudiados, para una incidencia de 1 por cada 3 678.

La labor del médico y la enfermera encargados de realizar esas pruebas ha sido vital, pues la detección temprana de estas enfermedades permite su tratamiento oportuno y se evita que ocasionen diferentes afecciones en los niños, todas ellas con una incidencia negativa en su desarrollo y crecimiento.

También desempeñó un papel importante en el descenso de la mortalidad infantil, la introducción de modernas tecnologías en los servicios de terapia pediátrica y neonatal, y el perfeccionamiento del trabajo integrado de instituciones como el Hospital Cardiocentro William Soler y el Centro Nacional de Genética Médica, encaminado al diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas. Ello propició el asesoramiento genético y el tratamiento oportuno para la corrección quirúrgica de aquellos casos que lo requirieron, intervenciones que dada su complejidad y elevado costo, son prohibitivas para millones de familias en el mundo.

En Cuba desde 1982 existe un programa de pesquisa de anemia falciforme que se aplica a todas las gestantes entre la 9ª y 12ª semana. A toda gestante portadora se le estudia a su pareja y si ambos son portadores se les ofrece asesoramiento genético con la opción del diagnóstico prenatal. Durante siete años se realizó conjuntamente el pesquiasaje neonatal para detectar los niños enfermos que no hubieran sido detectados por el programa en adultos, en el caso de los niños portadores se les informaba a los padres sobre la condición genética de su hijo para la toma de decisiones reproductivas futuras. Con el incremento de la cobertura en el programa en gestantes se consideró innecesario continuar el pesquiasaje en neonatos.

Forma parte de la atención especializada que se ofrece en los servicios de neonatología la detección precoz de las alteraciones visuales en los pequeños, en particular la retinopatía del prematuro por parte de los oftalmólogos, con el propósito de iniciar la intervención temprana y continuar estudios en las consultas de baja visión. Esta enfermedad de no atenderse

tempranamente puede provocar graves defectos visuales en el niño, que afectan notablemente su calidad de vida. La retinopatía de la prematuridad (ROP) es una enfermedad de etiología multifactorial, en la que la inmadurez vascular es la causa principal y está relacionada inversamente con la edad gestacional y el bajo peso al nacer; el principal factor desencadenante es el suministro de oxígeno al recién nacido en concentraciones elevadas. Sólo el diagnóstico temprano y oportuno, puede ayudar a diagnosticar las formas graves de ROP. En Cuba, desde hace casi diez años está en marcha un programa de pesquiasaje temprano del recién nacido en riesgo, como parte del Proyecto de Prevención de Ceguera por ROP, a través del cual los oftalmólogos y neonatólogos del país se han organizado para prevenir este tipo de enfermedad.

El modelo cubano de pesquiasaje auditivo implantado en Cuba desde 1984, implica la detección de niños con algún riesgo o daño auditivo a través de las unidades de cuidados intensivos neonatales, las unidades de terapia intensiva pediátrica, los pediatras y los médicos de familia que realizan su labor en las áreas de salud, lo que forma parte de un complejo sistema de detección y tratamiento especializado. Una vez identificados, los casos son remitidos al laboratorio de neurofisiología y de ser preciso a una institución hospitalaria de alto nivel, donde continúan los estudios más especializados con la realización de pruebas electrofisiológicas, estudios vestibulares, exámenes oftalmológicos especializados, neuroimágenes: tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN) y de neurofisiología compleja como son los potenciales evocados y estudios de psicofisiología. Los pacientes que resultan positivos en estos estudios son valorados por un equipo interdisciplinario que incluye neurofisiólogos, audiólogos, psicólogos, defectólogos y algunas otras especialidades que puedan contribuir al diagnóstico, comenzando con ellos el tratamiento médico y/o protésico y tempranas estrategias de intervención en las cuales juega también un rol importante el subsistema de Educación Especial del Ministerio de Educación a través de los Centros de Orientación y Diagnóstico (CDO).

Particular importancia tiene en este propio programa el implante coclear a niños sordos y sordo-ciegos, tecnología compleja y costosa, asimilada en Cuba recientemente y donde ya se han beneficiado 72 casos, de ellos 19 son sordo-ciegos. Alrededor de 1 a 3 de cada 1 000 niños nacen con pérdidas auditivas severas. El Centro Nacional de Neurociencias (CNEURO) ha desarrollado como parte de su estrategia en el neurodiagnóstico, un novedoso sistema para la detección objetiva de las pérdidas auditivas; el Audix, equipo incorporado a las Unidades del Sistema Nacional de Salud para estos fines. Se incluyen en esta línea de equipos el Medicid, Neurónica y otros. El pesquiasaje de desviaciones del neurodesarrollo infantil en Cuba, incluye la búsqueda de afecciones o trastornos importantes como el retraso mental, retraso motor, déficit del lenguaje, daño sensorial auditivo y daño sensorial visual. La incidencia de desviaciones del neurodesarrollo según la prueba PDN (prueba de diagnóstico para el neurodesarrollo) en Cuba es de 16,6 %, (con una sensibilidad y especificidad del 95 y 86 %, respectivamente).

Durante el curso escolar 2003-2004 en el municipio Centro Habana de la capital del país, fueron estudiados un total de 11 836 escolares de 2do. a 9no. grados y en el curso 2005-2006 se pesquiasaron en 270 escuelas de todos los municipios del país (áreas urbana y rural) en particular en escolares de 3ro. y 6to. grados 16 097. Se exploró en estos estudiantes la dificultad global de aprendizaje, la dislexia y discalculia y trastornos de la atención y/o hiperactividad. Un conjunto de instrumentos con una alta sensibilidad y especificidad, fueron diseñados por científicos del país para estos fines. Los alumnos con algún tipo de trastornos, fueron remitidos a especialistas de educación y al área de salud correspondiente, para su evaluación, diagnóstico, tratamiento y la prevención de daños mayores.

Estos estudios están muy relacionados con la estrategia de acciones integradas en salud escolar, iniciativa que desarrolla el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología a través del departamento de Salud Escolar y su red nacional en los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología con otras instituciones de salud y de conjunto con el Ministerio de Educación, sustentado con un enfoque higiénico-epidemiológico y pedagógico-participativo y es una realidad en seis provincias del país. En ella se plantea identificar y darle solución individualizada a los problemas diagnosticados en los estudiantes y profesores, por lo que se identifica los factores de riesgo que llevan un análisis y solución inmediata o mediata (problemas de salud, conductas de riesgo, lesiones autoinflingidas, problemas ambientales) y al mismo tiempo reciben todos los educandos y educadores con problemas de salud identificados, las orientaciones correspondiente por especialistas del área de salud que le orientan la conducta y/o tratamiento a seguir a aquellos que tienen alguna enfermedad o factor de riesgo a la salud y/o aprendizaje.

Pesquisaje en adultos

En cáncer es una enfermedad prevenible y curable, se mantiene como la segunda causa de muerte en Cuba después de las enfermedades del corazón. Este padecimiento cobró 19 695 vidas en el país durante el 2006, con una tasa de mortalidad de 174,6 por 100 000 habitantes y una tasa AVPP de 30,4 (años de vida potencialmente perdidos por 1 000 habitantes calculada según la esperanza de vida para cada grupo de edad quinquenal), lo que representa cerca del 23 por ciento del total de muertes ocurridas ese año, según datos del Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública de 2007.²⁵ Esta carga de morbilidad y mortalidad *no es inevitable*, este problema es vulnerable a las acciones organizadas del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto.

Sin embargo la pesquisa del cáncer bucal, de mama y de cuello uterino realizada en Cuba desde hace varias décadas, no ha logrado disminuir la mortalidad ni la incidencia de los casos invasivos. Un hecho preocupante es que en el cáncer de cuello de útero se incrementa la mortalidad de 4,4 por 100 000 habitantes en el año 1970 a 8,4 en el 2006. La mortalidad por cáncer de mama se mantiene en ascenso de 10,2 en 1970 a 21,5 en el 2006 y aunque el examen mamario forma parte del Programa Nacional de Control de Cáncer desde 1977, no decrece la presencia de este tipo de cáncer en el país, donde se reportan 2 000 nuevos casos cada año. El programa cubano incluye la mamografía a las mujeres mayores de 50 años, momento a partir del cual es más común la aparición de este tipo de cáncer. Contempla además la realización cada año del examen clínico de salud a todas las mujeres mayores de 30 años y el auto examen mensual de la mujer. Pero en la práctica, resulta insuficiente la aplicación del examen clínico y del auto examen de mamas, así como la mamografía a mujeres mayores de 50 años de edad. Uno de los empeños en el presente año ha sido la de reactivar el pesquisaje para el diagnóstico precoz de este tipo de cáncer. Para ello se han adquirido nuevos equipos de mamografía, una tecnología costosa pero indispensable, en el diagnóstico temprano de las neoplasias mamarias. El propósito es poder aplicarla cada dos años a mujeres sanas entre los 50 y 64 años de edad, a la par de promover el examen y auto examen entre las mayores de 30 años, una vez al año.²⁶

Para el cáncer cérvico uterino la estrategia se sustenta en el diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero, para el cual se debe alcanzar la cobertura del 80% de las mujeres de 25 a 60 años, (se priorizan las mujeres de 35 años y más) por la citología orgánica.

En el diagnóstico del cáncer bucal, se realiza el examen del complejo bucal a la población de 35 años o más, especialmente hombres y la enseñanza del auto-examen bucal. Papel fundamental juegan aquí el estomatólogo de la comunidad junto al médico de la familia.

Cuba ya produce el sistema Umelisa para medición del antígeno prostático específico (PSA total y libre), lo que pone al país en una posición de vanguardia para el diagnóstico del cáncer de próstata, enfermedad que constituye la segunda causa de muerte dentro de los distintos tipos de cáncer en el hombre. No obstante, en el mundo, las opiniones están divididas en relación con la capacidad de esta prueba, aplicada como pesquiasaje en hombres asintomáticos para reducir la tasa de mortalidad por cáncer de próstata. Sin embargo, la capacidad de un programa de pesquiasaje para reducir mortalidad depende no solamente de las propiedades y la disponibilidad de la prueba misma de PSA, sino de cómo se acopla el sistema con un diagnóstico confirmatorio rápido y un tratamiento eficaz.

Actualmente se diseña una estrategia para la extensión y generalización de esta tecnología en todo el país y elevar la calidad del tratamiento al paciente oncológico. Es importante destacar que el tratamiento del paciente oncológico está respaldado en el país, no sólo con la producción nacional de citostáticos, si no también con un grupo importante de productos de la biotecnología entre los que se destacan los anticuerpos monoclonales, así como, productos "clásicos" de esta rama, entre ellos, la eritropoyetina recombinante, el factor estimulador de colonias (Leukocim) para el tratamiento de la neutropenia asociada a la quimioterapia y radioterapia, interferón y otros. La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud creciente en el mundo, y también en Cuba. A nivel mundial la carga global de insuficiencia renal crónica terminal se incrementa de 7 a 10 % cada año. Entre los principales factores de riesgo incrementado para desarrollar la ERC están la diabetes mellitas (DM), la hipertensión, pacientes con enfermedad cardiovascular, niños menores de 5 años y con bajo peso al nacer, adultos con mas de 60 años, embarazadas y antecedentes familiares de ERC. Hay que destacar que todos ellos son comunes prácticamente para todas las enfermedades de origen vascular.

Estudios de pesquiasaje realizados en la totalidad de la población del municipio especial Isla de la Juventud y del Cerro en la capital, coinciden con esa alta prevalencia encontrada. Así, en el pesquiasaje del municipio Cerro de 13 098 personas estudiadas por tener uno o varios factores de riesgo, resultaron positivos a la prueba de microalbuminuria 1 608 (12,0 %), antes del estudio sólo estaban dispensarizados 168 pacientes, lo que demuestra que no se conocía la prevalencia real de esta enfermedad en sus primeros estadios y se confirman 11 490 como parte del grupo que posee riesgo incrementado. En la Isla de la Juventud fueron estudiados 77 398 personas para un 96, 6 % de la población, con marcadores de daño renal se encontraron 14 322 pacientes que representa el 18,5 %. Entre los factores de riesgo más importantes encontrados están la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad con el 48,9, 33,4 y 23,3 %, respectivamente.

La magnitud e impacto de la DM como problema emergente de salud pública se ha asociado con diversos factores, entre ellos la industrialización, urbanización, aumento de la esperanza de vida, obesidad, vida sedentaria y supervivencia prolongada de los pacientes de diabetes. En Cuba ocupa la novena causa de muerte para todas las edades, aunque ante una reducción de la tasa en el 2001 de casi el 50 % esta cifra se ha elevado nuevamente en los últimos años. De ahí la importancia que reviste el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta enfermedad. El pesquiasaje se basa en la aplicación combinada de un cuestionario a cada individuo, con la glucemia en ayunas (resulta un buen método para estudios de carácter local o incluso nacional) según se registra en la literatura internacional. Ante un resultado positivo o la presencia de múltiples factores de riesgo se indicaría el estudio y seguimiento del paciente con exámenes más precisos y se evaluaría integralmente por un equipo multidisciplinario para disminuir las complicaciones y elevar su calidad de vida. Actualmente se ha propuesto un programa nacional de pesquiasaje para esta enfermedad respaldado en su totalidad con tecnología cubana tanto para el diagnóstico como en el desarrollo de genéricos nacionales para el tratamiento. El estudio piloto se efectúa en el Municipio Jaruco de la

Habana, donde hasta hoy se han identificado 193 casos nuevos de Diabetes Mellitus que representa el 2,5 % de la población estudiada, además de 295 pacientes con intolerancia a la glucemia alterada y 334 con alteración de la glucemia en ayunas.

Como dato colateral se registran 1 100 nuevos pacientes con cifras elevadas de colesterol y 820 pacientes con hipertrigliceridemia. En los dos últimos programas de pesquiasaje tanto para la ERC como para la DM se tuvo en cuenta también la evaluación del síndrome metabólico y de hipertensión arterial, aunque para esta importante afección se han realizado estudios específicos de pesquiasajes como en el período de 1997-2002 cuando se llevó a cabo un programa de control de hipertensión arterial en el Municipio de Jagüey Grande, Provincia Matanzas. Se realizaron dos encuestas a muestras de población de 15 años y más en 1997-1998 y se repitió en el 2002. En esta comunidad se intervino en el control de la hipertensión arterial.

Del 2000 al 2005 se realizó una encuesta a una muestra de población para conocer frecuencia y distribución de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario. Actualmente se lleva a cabo un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares en el municipio Guanabacoa y más recientemente se ha iniciado el examen en la ciudad de Colon, Matanzas de 20 000 personas, de 35 años y más, examinadas en el año 2000 con el objetivo de conocer la influencia de los factores de riesgo coronario en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Cuba dispone de un programa especializado de cobertura nacional para el estudio, prevención y control de la retinosis pigmentaria que tiene como objetivo identificar la prevalencia y mantener la vigilancia epidemiológica sobre los grupos de riesgo y la atención médica continuada al paciente afectado. El componente epidemiológico consiste en el pesquiasaje de la enfermedad en la población supuestamente sana y su búsqueda en los grupos de riesgo.

El pesquiasaje, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con retinosis pigmentaria se realiza en las unidades de la red preventivo-asistencial que la constituyen 17 centros y servicios, dos de ellos de carácter nacional y el resto ubicados en las diferentes provincias del país. El tratamiento cubano de la retinosis pigmentaria se estructura de cuatro elementos fundamentales; el primero y más importante es la cirugía, asociada a las posibilidades que brinda la ozonoterapia, la electroestimulación y el uso de medicamentos para atrofas retinianas. La cirugía revitalizadora consiste en un implante de tejido adiposo vascular orbitario en el espacio supracoroideo que por un mecanismo de angiogénesis y neuroplasticidad contribuye a mejorar la función de los fotorreceptores aún activos.

En esa misma línea de enfermedades oftalmológica la población cubana recibe de forma gratuita los beneficios de un programa denominado "Operación Milagro", dirigido a atender las afecciones oftalmológicas mediante las técnicas más modernas existentes en el mundo. Para cumplir ese propósito, se dispone del recurso más valioso, el capital humano; unos 800 oftalmólogos tuvieron el privilegio de participar en semejante empeño, y hoy se forman otros 1 000 para extender esta iniciativa a todo el país y a otros pueblos del mundo. Como complemento del programa que no descansa sólo en el diagnóstico, la provincia más occidental del país cuenta con un moderno centro oftalmológico, con una tecnología cuyo costo supera los dos millones de dólares, el que brinda servicios especializados de láser para el tratamiento de retina, glaucoma y la cirugía refractiva, tanto de miopía, hipermetropía como astigmatismo, afecciones que no eran tratadas en el territorio, sólo en la capital del país. Otros dos hospitales fueron abiertos con similares fines en las provincias de Cienfuegos y Matanzas.

La provincia de Pinar del Río es el territorio de referencia nacional para el pesquiasaje en el tratamiento oftalmológico, toda vez que fue el laboratorio experimental por donde se inició el llamado "pesquisaje activo" para el diagnóstico de este tipo de afecciones, extendido posteriormente a toda Cuba. Se estudió cerca del 90 % de la población pinareña por encima de los cinco años y en ella se identificaron unos 193 mil casos que requerían algún tipo de tratamiento.

El Programa cubano de lucha contra el VIH-SIDA no sólo descansa en el diagnóstico y en el tratamiento médico, pues se ha estructurado un sistema integral donde se tienen en cuenta las necesidades más diversas de los pacientes y en muchas ocasiones de sus familiares.

Los programas de prevención y promoción de salud ocupan un lugar importante en el control de esta enfermedad, ya que la atención de los seropositivos empieza en la fase de confirmación del diagnóstico de VIH. Como parte de las actividades de prevención existe un control estricto en el uso de la sangre y hemoderivados, para el cual están creadas las condiciones en todos los hospitales del país y bancos de sangre, se basa en un sistema de vigilancia epidemiológica sustentado en la tecnología SUMA. A partir de 1986 se comenzó el pesquiasaje a todas las personas que regresaban del exterior, aunque después se extendió el estudio para buscar el anticuerpo al VIH, a las embarazadas y a los grupos de riesgos de las enfermedades de transmisión sexual.²⁷

Como parte del programa cubano del SIDA, desde 1996 se comenzó a aplicar la tripleterapia o terapia antirretroviral de importación, pero ya en el 2001 se logró producir esos genéricos de alta eficacia, (en el momento actual se dispone de 7 tipos) que actualmente garantizan la cobertura del ciento por ciento de los pacientes, *incluidos los portadores sanos*. Ello ha contribuido de forma significativa a la disminución de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios y al aumento de la calidad de vida. Esos fármacos suministrados de por vida, restituyen el sistema inmunológico y evitan la aparición de enfermedades oportunistas. Más de 2 500 personas reciben tratamiento con la tripleterapia de producción nacional de forma gratuita, mientras en otras partes del planeta se dificulta el acceso a las terapias, ya que los precios son elevados y pudieran llegar hasta más de 10 mil dólares anualmente. Desde 1986 hasta el cierre de 2006 en Cuba, 8 084 personas han adquirido el VIH, de ellos desarrollaron el SIDA más de dos mil. El predominio es masculino, y particularmente de hombres que tienen sexo con otros hombres. El hecho de que se exhiba la tasa de prevalencia de SIDA más baja de la región de las Américas, se debe a la labor de prevención que comienza desde la educación primaria e involucra a organismos y organizaciones no gubernamentales.

Desde 1980, los especialistas cubanos utilizan los principios básicos de los ensayos inmunoenzimáticos, como procedimiento tecnológico sostenible para estudios masivos de la población a través de la tecnología SUMA.²⁸ Desde el inicio del pesquiasaje en Cuba y hasta el término de 2006, se han realizado 17 949 099 test de UMEISA HIV 1+2 Recombinat a la población cubana, de ellos, 3 657 564 fueron a gestantes. Esta prueba tiene una especificidad superior al 99,75 % en los diferentes grupos estudiados.

Un pesquiasaje activo a la población centenaria para evaluarla cognoscitiva y funcionalmente se desarrolla en todas las provincias del país como parte de un estudio nacional dirigido a conocer los factores condicionantes de una longevidad satisfactoria. La investigación parte del consentimiento del longevo y sus familiares para participar en ella, a tenor con el postulado martiano plasmado en la Constitución de la República que suscribe como ley primera "el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre."

En ella se aplican cuestionarios validados por científicos cubanos y tecnología de alto nivel. Durante la pesquisa, el centenario es sometido a mediciones antropométricas y a pruebas hemoquímicas y genéticas, entre otras, que permiten determinar su estado cognoscitivo y de salud general.

Por último, no puede dejar de mencionarse el estudio que sentó las pautas para la pesquisa activa en Cuba bajo una nueva concepción, el "Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico social y clínico genético de las personas con retraso mental en Cuba" que por indicación del Comandante en Jefe *Fidel Castro*, se inició en julio del 2001 y se extendió hasta abril del 2003. En el se caracterizó el universo de las personas con retraso mental y otras discapacidades (de acuerdo a los criterios de inclusión seleccionados) sobre la base de su búsqueda exhaustiva a través de todas las fuentes de información posibles y la aplicación del principio de la investigación-acción. Se visitaron 366 864 personas discapacitadas para una tasa de 3,23 por 100 habitantes. De ellos 140 489 tenían algún grado de retraso mental que representa una tasa de 1,25 por cada 100 habitantes.

Se detectaron 22 287 personas con retraso mental de etiología genética y su principal causa fue el síndrome de Down. Para el estudio clínico genético se visitaron 41 884 personas, en los que se realizaron 524 estudios para el diagnóstico de Frágil X, 3 488 estudios de sangre y 1 550 en orina en la búsqueda de enfermedades metabólicas, mientras que los estudios cromosómicos fueron 2 642 y otros estudios moleculares 23. En total 8 227 estudios realizados a la población con retraso mental.²⁹ A partir de este importante estudio en el que participaron 33 626 profesionales en su mayoría del sector de la salud (participaron todos los Organismos de la Administración del Estado), se decidió profundizar en el abordaje de las discapacidades específicas y se desarrollan actualmente un número considerable de investigaciones que sin duda permitirán un mejor conocimiento de cada una de estas discapacidades y una mejor preparación por el sistema para la solución a estos problemas desde el punto de vista preventivo. Sin duda, coloca a Cuba en un lugar privilegiado por ser el estudio más grande desarrollado en el mundo, por su valor epidemiológico y su extensión poblacional, proporciona información que puede ser muy valiosa para los nuevos enfoques preventivos de estos problemas de salud.

No hay duda que para continuar con los estudios de pesquisa en el país se necesita de sensibilidad y cambio de mentalidad en todos los trabajadores del sector para incorporarlo como nuevo método de trabajo, saber planificar las acciones y los recursos e integrar los diferentes niveles del sistema desde el área de salud.

De ellos se espera una gran revolución en el sistema, en particular de los conceptos de salud en todos los niveles de atención, de la opinión del pueblo, de la reafirmación de una conciencia de consagración, la solución a muchos problemas de salud desde la óptica de una mayor justicia social, el aumento de la calidad de vida de la población y por último, la realización una vez más de las esperanzas del pueblo.

DESAFÍOS CRÍTICOS PARA EL DESARROLLO DEL PESQUISAJE ACTIVO EN CUBA

Si bien los desafíos y problemas son múltiples, en el momento actual pueden agruparse en cuatro áreas críticas:

1. Disponer del recurso humano necesario y la formación de la masa crítica de profesionales y técnicos de acuerdo a las necesidades de salud y a los cambios previstos en el sistema, que

permita desarrollar la capacidad institucional y poner en práctica los programas de pesquijaje de forma sostenida.

2. Lograr una distribución adecuada de los profesionales y especialistas en los diferentes territorios, de acuerdo a los diferentes problemas y necesidades de salud de la población.

3. Disponer e introducir nuevos productos de la biotecnología, garantizar la producción nacional de productos genéricos ya registrados con fines diagnósticos y terapéuticos y su acceso en todos los servicios donde se requieran.

4. Asegurar los procedimientos de control de la calidad.

En la esperanza de que esta revisión signifique un importante paso para la toma de decisiones y la ejecución de acciones efectivas y sostenibles para el pleno desarrollo de la atención primaria, se alienta a todos y todas a tener en cuenta la experiencia cubana y de ser posible que constituya el **Llamado a la Acción**, para que sirva como una referencia y una herramienta para todos los que intentan desarrollar programas de salud más equitativos y de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS:WHO;1978.

2. Kalucy L, Beacham B, Raupach J, Dwyer J, Pilotto L. Priorities for primary health care, research, evaluation and development in Australia. Primary Health Care Research and Information Service, Department of General Practice. Adelaide (Australia): Flinders Press;2001.

3. WONCA Europe (The European Society of General Practice/ Family Medicine). The European definition of general practice/family medicine, 2002. Europa: Wonca Europe;2002.

4. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press;1998.

5. Anderson A, Wagner E. Chronic illness management: what is the role of primary care? Ann Intern Med. 2003;138:256-61.

6. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? Aten Primaria. 2003;31:281-4.

7. Showstack J, Anderson A, Hassmiller S. Primary care at a crossroads. Ann Intern Med. 2003a;138:242-3.

8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Research agenda and areas of interest: Center for Primary Care Research. Rockville, M.D.: AHRQ;2001.

9. Showstack J, Lurie N, Larson EB, Anderson A, Hassmiller S. Primary care: The next renaissance. Ann Intern Med. 2003b;138:268-72.

10. Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:229-35.
11. Gómez de la Cámara A. Investigación en atención primaria. *Centro Salud*. 1994;2(7):531-3.
12. White KL. Fundamental research at primary care level. *Lancet*. 2000;355:1904-6.
13. MINSAP. Programa de atención Médica Integral a la familia y a la comunidad. La Habana:MINSAP;2004.
14. Batista R, Sansó F, Feal P, Lorenzo A, Corratgé H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001;17(2).
15. Lence JM. Repercusiones éticas de los programas de pesquiasje masivo en el control del cáncer. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007;33(1).
16. Sancho-Garnier H. Problemes éthiques poses par les actions de prevention. *Bull Cancer*. 1995;82:468.
17. Panerai R, Peña J. Evaluación de tecnologías en Salud. Metodologías para países en desarrollo. Washington, D.C.: OPS-OMS;1990.
18. Cappelaere P, Hoerni B. L'erreur d'Hippocrate. *Bull Cancer*. 2001;88(4).
19. OPS/OMS. El desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS/OMS;1998. (Programa de organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud).
20. Andersen MR, Urban N, Ramsey S, Briss PA. Examining the cost-effectiveness of cancer screening promotion. *Cancer*. 2004;1;101(5 Suppl):1229-38.
21. Lafata JE, Simpkins J, Lamerato L, Poisson L, Divine G, Johnson CC. The economic impact of false-positive cancer screens. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(12):2126-32.
22. Mausner JS, Bahn AK. Epidemiología. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana;1977.
23. Wilson JMG, Jungner YG. Principles and practices of screening for disease. Geneva: WHO;1968. (Report No.: Public Health Paper 34).
24. Castro F. Discurso por la celebración del 26 de julio del 2006 en Granma. Periódico Granma, 27 de julio del 2006. La Habana.
25. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico de Salud 2006. La Habana: MINSAP;2006.
26. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Nacional para el control del cáncer. La Habana: MINSAP;2004.

27. Bencomo JF. La Red Nacional de Laboratorios SUMA: Soporte Tecnológico en el
Pesquisaje Seroepidemiológico del VIH-SIDA en CUBA. DST-J Bras Doenças Sex Transm.
2003;15(4):5-11.

28. CIEM. Investigación sobre Ciencia Tecnología y Desarrollo Humano en Cuba 2003. La
Habana:CIEM;2004.

29. Colectivo de autores. Por la vida. Estudio psicosocial de las personas con discapacidades
y estudio psicopedagógico social y clínico genético de las personas con retraso mental en
Cuba. La Habana: Editorial Abril; 2003.

Recibido: 10 de agosto de 2007.

Aprobado: 7 de septiembre de 2007.

Niviola Cabrera Cruz. E mails: ncc@infomed.sld.cu, amtoledo@infomed.sld.cu