

## **Experiencias y resultados en el Proyecto Global de Cienfuegos**

### **Experience and results of the Cienfuegos´ global project**

**Alfredo D. Espinosa Brito**

Académico Titular. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, Cuba.

---

### **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

En junio de 1987, el autor de este trabajo defendió su tesis doctoral "Mortalidad del adulto en tres provincias cubanas. Principales características. Años 1981-1982", en la Universidad de Comenius, Bratislava, Eslovaquia.<sup>1,2</sup>

El tema había surgido en la búsqueda de respuestas a nuevas interrogantes de la práctica cotidiana, clínica y sanitarista, a partir de los resultados del trabajo directo -tanto en la atención hospitalaria como primaria-, en los Comités de Análisis de la Mortalidad,<sup>3</sup> en el Programa de Atención Integral al Adulto<sup>4</sup> y en el seguimiento sistemático del estado de salud de la población cienfueguera por más de una década. Al profundizar en el estudio de los cambios ocurridos en la estructura de la morbilidad y la mortalidad del país y de la provincia, aunque ya se informaban indicadores similares a los de los países más desarrollados, se identificaron "diferenciales" que podrían ser vulnerables a nuevas estrategias integrales,<sup>1</sup> se comprendieron mejor entonces las causas y las consecuencias de las en esa época muy poco difundidas teorías de las transiciones demográfica y epidemiológica,<sup>5</sup> así como los determinantes de la salud de la población y de las personas, con énfasis en lo social sobre lo biológico.<sup>6-12</sup>

Asimismo, se ratificó la necesidad de perfeccionar cada vez más el modelo de la salud pública cubana para enfrentar los nuevos retos y la importancia de introducir cambios, donde se mantuviera la siempre manifiesta voluntad política, pero con un

mayor impulso a la intersectorialidad y a la participación de la comunidad mucho más activa y consciente, todos aspectos imprescindibles para continuar alcanzando nuevas metas en la salud de la población y de las personas. Además, se requería no ceder en ninguno de los logros alcanzados por el grado de desarrollo de los servicios de salud y de la educación médica que, por otra parte, deberían ser también reorientados y perfeccionados en el nuevo contexto de fines de los 80. Los positivos y sostenidos resultados obtenidos en la salud materno-infantil y en la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, ya comenzaban a contrastar con los mucho menos visibles en el campo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo (FR).

Así, después de una serie de encuentros con las autoridades provinciales de salud y con especialistas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, se fue conformando la idea de emprender un proyecto local de prevención y control de FR para ECNT, pues Cienfuegos ya exhibía, en esa fecha, altas tasas de morbilidad y mortalidad por estas afecciones. Además de los intercambios muy fructíferos realizados, se revisaron tanto la metodología como los resultados de los principales proyectos internacionales que se desarrollaban entonces con propósitos similares a los nuestros. Y fijamos la mirada, principalmente, en tres: *North Karelia*,<sup>13</sup> *INTERHEALTH*<sup>14</sup> y *CINDI*.<sup>15</sup> ¿Pero cómo "adaptar o adoptar" esos macroproyectos de países desarrollados a un proyecto local en un país subdesarrollado?

En enero de 1989, visitó Cienfuegos el Profesor *Pekka Puska*, líder del Proyecto de *North Karelia*, quien fue recibido en la sede del Gobierno Provincial, acompañado del Representante de OPS/OMS en Cuba, el Dr. *Joao Yunes* y funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Cuba. En una sesión especial, a la que acudieron alrededor de unas 80 personalidades cienfuegueras invitadas, incluidos el Presidente de Gobierno y el Director Provincial de Salud, se hizo la exposición de los principales problemas de salud del territorio y de las ideas que se estaban conformando. El Profesor *Puska*, en una segunda parte, expuso brillantemente las bases y los resultados principales de su proyecto. Al final, le propuso al Presidente de Gobierno: "por qué no hacen aquí un proyecto similar al de *Karelia*, pues creo que tienen todas las condiciones", El Presidente respondió: "Sí, lo vamos a hacer y lo va a regir el Gobierno de Cienfuegos. Seguidamente se dirigió a las autoridades de salud, provinciales y nacionales, pidiéndoles el apoyo técnico necesario."<sup>16</sup>

Durante varios meses, se sucedieron muchas jornadas memorables de estudio, de intercambio de opiniones, encuentros de debate entre "amigos para siempre", de aprendizaje conjunto con expertos nacionales, de un gran espíritu democrático y de solidaridad. La unidad en el fin, a partir de una rica diversidad, ha distinguido desde esa época este proyecto.

Se redactó un primer borrador del que ha sido después el Proyecto Global de Cienfuegos (PGC), el cual se presentó en La Habana, en 1991, ante un grupo muy calificado de expertos responsables de la línea de investigación sobre el estado de salud de la población, que dirigía el Profesor *Francisco Rojas Ochoa*, un resumen del cual se publicó en la Revista *Finlay*, órgano científico médico de Cienfuegos, con una tirada de 1 500 ejemplares.<sup>17</sup> Las críticas y sugerencias que se hicieron, constituyeron un aliento valioso de la "academia" al PGC.

Con la participación activa de todos, se había iniciado, a partir de las ECNT y un enfoque integrado de sus FR, un gran movimiento -hoy diríamos una gran red-local, original, de integración en pro de la salud de nosotros mismos, entre la asistencia médica, la docencia, la investigación, la salud pública y las autoridades de gobierno, así como entre las más diversas especialidades médicas, entre los enfoques universal, nacional y local de una "nueva salud pública" y, lo que era más

novedoso, el encuentro desde los inicios y como elementos protagónicos, con los extraordinarios campos de la intersectorialidad y de la participación de la comunidad.<sup>18,19</sup>

En el recuadro 1, se resumen las que consideramos como razones principales, que permitieron que el PGC se originara y fuera posible.

**Recuadro 1.** Premisas que permitieron que se originara y fuera viable el proyecto global de Cienfuegos

- Voluntad política de priorizar, participar y dirigir el Proyecto.
- La existencia de un avanzado Sistema Nacional de Salud, moderno, accesible para todos, con instituciones apropiadas y profesionales capacitados y motivados.
- Un sistema de atención primaria fuerte y con una orientación sociopreventiva.
- Contar con indicadores de salud similares a los de los países más desarrollados.
- Disponer de un perfil de salud detallado y confiable de la provincia.
- Una comunidad receptiva y dispuesta a participar.
- Una participación intersectorial activa, experimentada y articulada.
- Un área geográfica y una población seleccionada con las condiciones para medir los efectos de las intervenciones.

**Recuadro 2.** Propósitos específicos iniciales del Proyecto Global de Cienfuegos

- Disminuir la morbilidad, incapacidad y mortalidad, específicamente por ECNT.
- Realizar una intervención integrada de orientación comunitaria para disminuir los FR comunes más frecuentes que preceden a las ECNT: tabaquismo, dieta inadecuada, alcoholismo, sedentarismo, HTA e hipercolesterolemia.
- Promover una intervención intersectorial en los principales problemas de salud en la comunidad.
- Incrementar la participación consciente y activa de la población en la planificación y en la ejecución de los cambios de las condiciones de vida que se consideren beneficiosos.
- Perfeccionar las conductas de atención médica en la búsqueda sistemática y eficiente de los individuos con FR o con ECNT.
- Reorientar los servicios, tanto del sector de la salud como de otros sectores, en la medida en que se identifiquen nuevas necesidades.
- Garantizar la información apropiada para medir, monitorear y evaluar los cambios en la prevalencia de la morbilidad y la mortalidad por ECNT.
- Servir de modelo a otras provincias del país.



El Grupo Central Ejecutivo está vinculado estrechamente a un Consejo Técnico Asesor, es decir, las autoridades y los representantes de la comunidad, que deciden en cuanto a las acciones a desarrollar, auxiliados por el parecer "técnico" de un grupo de especialistas de los diferentes sectores pero, sobre todo, respetando las prioridades identificadas por la comunidad. Las casillas vacías en las intervenciones garantizan un dinamismo del proyecto y facilitan que pueda adecuarse en cada momento a nuevas necesidades surgidas en el tiempo y a los resultados obtenidos. Por tanto, el modelo se concibió como itinerante y flexible a los cambios.<sup>20</sup>

### **La tecnología de los proyectos específicos**

A fines de 1991 y en los primeros meses de 1992, se crearon en Cienfuegos grupos multidisciplinarios para las intervenciones, que luego se convertirían en proyectos específicos (los primeros fueron: medición inicial, educación, ambiente, ejercicio físico, alimentación-nutrición, guías de buenas prácticas de prevención clínica, publicaciones, comunicación social, gerencia y control). Se identificaron líderes, instituciones, se facilitó el trabajo en equipo, se produjeron encuentros, eventos científicos. Se confeccionaron los protocolos de cada uno, que incluyeron la planificación de las actividades de implementación, capacitación y evaluación que se proponían, también en un proceso dinámico y continuo. Se enriqueció el enfoque integrado inicial de trabajar sobre los FR clásicos relacionados con las ECNT, dependientes de los estilos de vida de los individuos, ya de por sí novedoso entre nosotros, al considerar también los factores dependientes de las condiciones de vida de las personas y los grupos, con énfasis en el ambiente en sentido amplio. Cada proyecto específico se ha caracterizado por una relativa independencia, pero siempre han mantenido relaciones estrechas entre ellos, en el marco general del proyecto. Esta "tecnología" de los proyectos específicos ha sido una de las fortalezas para alcanzar la difícil sostenibilidad en el tiempo en este tipo de proyectos, al responder cada uno a objetivos mucho más concretos, todos bajo la "sombra" del PGC. Por otra parte, de manera casi imperceptible y natural, también se fueron abriendo a nuevos horizontes, con mayor énfasis cada vez hacia la promoción de salud.

### **La capacitación**

Este ha sido un proceso permanente y en cascada. En cientos de actividades docentes de todo tipo (cursos, conferencias, talleres, jornadas, seminarios y otros) han participado directamente miles de personas, no solo profesionales de múltiples especialidades y estudiantes del sector de la salud, sino también educadores, especialistas en ciencias sociales, demógrafos, geógrafos, meteorólogos, ambientalistas, ingenieros, periodistas, planificadores, historiadores, licenciados en cultura física, gastronómicos, productores de alimentos, economistas, informáticos, estadísticos, líderes de las organizaciones femeninas, juveniles y culturales, entre los más destacados.

Las estrategias de "enseñar a los que enseñan" (profesores universitarios, maestros, especialistas en diferentes ramas, políticos, dirigentes de todo tipo, comunicadores) y de "enseñar haciendo" (sobre todo en el caso de los estudiantes) han sido muy empleadas y han rendido magníficos frutos.

## **Ciudades saludables / Municipios saludables por la salud**

A mediados de 1992, a partir de las concepciones y primeros resultados del PGC, consultores de OPS/OMS propusieron que Cienfuegos se comprometiera con el Movimiento de Ciudades Saludables, por considerar que el PGC reunía todas las condiciones, para integrar ese movimiento, originado en Europa y en Canadá en la década de los 80. Ese compromiso se hizo oficial y público por las autoridades locales, con respaldo del MINSAP, en Sevilla, España, en el mes de septiembre de ese propio año y se ratificó en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Santa Fe de Bogotá, Colombia, en noviembre de 1992,<sup>18</sup> y en el *Healthier Communities Award*, en San Francisco, Estados Unidos, en 1993.<sup>21</sup> De esa manera Cienfuegos se convirtió en el primer municipio de América Latina que se incorporó oficialmente al movimiento de Ciudades/Municipios Saludables.<sup>22-24</sup>

A partir del reconocimiento de estas potencialidades, el PGC encontró nuevos caminos para lograr la participación activa de todos los ciudadanos en la solución de sus problemas de salud y como instrumento facilitador en la transformación de los sistemas municipales de salud, así como en la estimulación de la cooperación, el compromiso y la participación de todos.

Con estos antecedentes como base, el 9 de Diciembre de 1994 se constituyó en Cienfuegos la Red Cubana de Municipios por la Salud, denominación que quiso enfatizar en la necesidad de continuidad, con la participación de 14 municipios fundadores, de 9 provincias del país, acto que se celebró en la sede del Gobierno Provincial, como reconocimiento a la ciudad como pionera de este Movimiento en Cuba y en América Latina.<sup>25</sup> Hoy la mayoría de los municipios del país han formalizado su compromiso con Municipios por la Salud y existen centenares de espacios locales comprometidos con el movimiento de municipios saludables en América Latina.

### **La investigación. El monitoreo y la evaluación**

Aunque un proyecto de Promoción de Salud / Ciudad Saludable pudiera llevarse a cabo sin un componente de investigaciones, debido a que en realidad estos son en esencia movimientos comunitarios por la salud, desde los inicios, en el PGC se trató de enfocar científicamente, tanto su conceptualización como la planificación de las "intervenciones", su implementación, su seguimiento y evaluación. Era obvio que el proyecto se enriquecería si se involucraban las universidades, los centros de investigación y los profesionales dedicados a la ciencia en la propia comunidad en la que se "intervenia". Esto facilitaba resultados más confiables y se podía intentar la demostración de la viabilidad y del efecto de las intervenciones. Por otra parte, las investigaciones, además de aumentar el prestigio del proyecto, facilitaban el compromiso de personas bien calificadas de la propia comunidad.

Se realizó una medición inicial o -línea de base- de la situación de salud, de los FR, de los conocimientos y de las actitudes de la población sobre la salud, los estilos de vida y los comportamientos de riesgo, relacionados con las ECNT. La misma se llevó a cabo en 1991-1992, en una muestra estratificada, al azar y equiprobabilística por grupos de edad y sexo. Esta medición estudió casi 1 700 personas de 15 años y más en Cienfuegos y la rica información obtenida sirvió para conocer las ideas de la población, sus actitudes y factores que influían en los estilos de vida no saludables y en la prevención de las enfermedades.<sup>26,27</sup> Se comprobó una alta prevalencia de FR, pues solo el 40 % de las personas de 15 años y más en Cienfuegos no tenía uno de los tres FR considerados "mayores" para ECNT (hipertensión arterial, tabaquismo o hipercolesterolemia). Además, que el 38 % tenían un FR, el 28 %

presentaban dos y el 2 %, la combinación de los tres. La mejor prueba de la calidad de esta investigación fue el otorgamiento, por primera vez en el país de un Gran Premio Nacional de la Salud, en 1992, con un estudio basado en la medición inicial.<sup>26</sup> Luego se han llevado a cabo mediciones sistemáticas de FR y ECNT en Cienfuegos.

### **Guías preventias y de práctica clínica**

Como parte del proyecto específico de Guías de Buenas Prácticas de Prevención Clínica y de Atención Médica del PGC, se elaboraron, en 1992, un total de 17 Guías (11 para la atención primaria y 6 para la atención secundaria), mediante un amplio proceso participativo, que incluyó talleres de trabajo colectivo de muchos especialistas y largas horas en la revisión de las mejores evidencias disponibles en la literatura sobre cada tema que, además, fueran factibles de aplicar en el contexto nacional y local, de acuerdo a los propósitos del PGC. Este proceso conllevó una extensa y útil capacitación.

Los autores principales de cada una de las Guías fueron "expertos" cienfuegueros, tanto de la atención primaria como secundaria, que tuvieron la misión de actuar de coordinadores y redactores. Es bueno señalar el asesoramiento recibido en este aspecto particular, por parte de dos magníficos investigadores del Ministerio de Salud de Canadá, el Dr. *Andrés Petrasovits* y la Dra. *Sylvia Stachenko*, invitados por el MINSAP y la OPS/OMS. Además, también concurren a Cienfuegos auditores externos pertenecientes a los Grupos Nacionales de las Especialidades. Este fue otro proceso de gran aprendizaje, que confirió un sello ético y profesional a nuestra gestión.

Se dedicó un número extraordinario de la Revista Finlay en 1994 a la publicación de las Guías, con una tirada de 1 500 ejemplares, que se distribuyeron entre todos los médicos de la provincia, con preferencia a los de la atención primaria.<sup>28</sup>

### **Los resultados multilicadores del PGC**

Si un proyecto de este tipo no es capaz de introducirse en la vida cotidiana de las personas, de los profesionales de la salud, de los planes de trabajo de los sectores y de las decisiones del gobierno local, se convierte sólo en un "experimento médico-social". Sin embargo, consideramos que gracias a las semillas que se sembraron en buena tierra y han sido cuidadas por muchos durante todos estos años, el PGC es capaz de exhibir frutos a largo plazo, ni siquiera soñados en sus comienzos, entre ellos:

- Se ha profundizado y divulgado a todos los niveles el paradigma biopsicosocial de los determinantes de la salud, aunque en este camino falte mucho por andar. Hacer lo que decimos y pensamos, en la vida real, cuesta trabajo.
- Se ha mantenido la voluntad política local de priorizar la salud de los cienfuegueros, con sus particularidades, como complemento de las políticas nacionales, que siempre han priorizado la salud a partir del triunfo revolucionario. Los cambios relativamente frecuentes que se han producido en las estructuras y en los dirigentes políticos y administrativos, tanto de gobierno como sectoriales, a diferentes niveles, han sido desafíos prácticos que ha habido que vencer para no enlentecer el avance del PGC a lo largo de los años. Esta es la vida real y, por tanto, tenemos que aceptarla tal cual es, por lo que ha habido que prever esas situaciones y tomar precauciones para hacer sostenible la voluntad local, política y técnica.

- Ha existido una participación activa y negociada de los sectores y de la comunidad desde el inicio, en la construcción y análisis de la situación de salud de cada espacio y en las "intervenciones", matizadas por la cultura local.
- Muchos de los líderes fundadores de proyectos específicos, se mantienen en la misma línea, con nuevos seguidores y resultados muy positivos, incluyendo varios que han ocupado y ocupan altos cargos de responsabilidad en la sociedad, por lo que se cuenta con núcleos de personas e instituciones con amplia experiencia y tradición de trabajo comunitario y multidisciplinario, incluyendo la consolidación de verdaderos «campeones» de proyectos específicos.
- Del PGC se han desgajado y desarrollado nuevos proyectos locales, con personalidad propia, pero siempre inspirados en aquel, entre los más connotados están: Proyecto Desarrollo Municipal (MINSAP-OPS, 1996), Proyecto CARMEN - Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades No Transmisibles- (MINSAP-OPS, 1999), Proyecto PERLA SUR, M3M (MINSAP-Cooperación Belga- Gobierno Municipal de Cienfuegos, 2002), Provincia Cienfuegos por una Mejor Calidad de Vida (Gobierno Provincial de Cienfuegos, 2004) y Pacto Urbano de Cienfuegos (UNESCO, PDHL, Patrimonio Cultural, 2006), entre los más connotados. Todos estos ejemplos y otros más, han garantizado la sostenibilidad y continuidad de las concepciones del PGC, a través de los años.
- Se han utilizado de manera articulada y complementaria, los recursos -tanto humanos como materiales- de las capacidades ya instaladas en cada lugar, con mayor eficiencia en pro de la salud común.
- Se ha desarrollado una "plasticidad organizativa" que ha permitido la adaptación constante a contextos cambiantes y responder a nuevas necesidades, pero con fidelidad a los principios esenciales iniciales.
- Se ha logrado un enfoque mucho más amplio y eficiente por parte de todos, de los problemas principales de salud de la comunidad, tanto en su diagnóstico como su tratamiento.
- Se ha pasado de un trabajo multidisciplinario a uno interdisciplinario y, en varias ocasiones, transdisciplinario.
- Se originó un nuevo método de Trabajo Comunitario Integrado en el gobierno local (1996), que luego fue diseminado y adoptado por el resto del país.
- Se ha aplicado el marco conceptual y la metodología desarrollada por el PGC, para la vigilancia y el control de otras enfermedades y desviaciones de la salud en la comunidad.
- Se ha desarrollado el monitoreo y la evaluación de la situación de salud local y de las intervenciones, con indicadores clásicos y nuevos.
- Se han realizado con todo rigor metodológico, mediciones periódicas (1991-1992), (1994-1995), (1998), (2001-2002), (2009-2010), sobre FR y ECNT en Cienfuegos, a partir de una línea de base inicial, por lo que se cuentan con datos prácticamente "exclusivos" de los últimos 20 años, que han monitoreado no solo el "impacto" de las intervenciones programadas en la población cienfueguera, sino también el de la crisis socioeconómica y su evolución en el tiempo.<sup>26-35</sup> Estos datos requieren de una interpretación integral adecuada y han sido y serán fuente inagotable de investigaciones sobre la salud de los cienfuegueros.
- Fruto del trabajo académico se han realizado en total más de 40 investigaciones sobre la situación de salud de Cienfuegos, incluyendo tres tesis de doctorado, 4 tesis de maestrías, más de 20 trabajos de terminación de diferentes especialidades de la salud y trabajos de diploma, con más de 50 publicaciones originales.
- Se han obtenido una docena de premios nacionales importantes (entre ellos, 1 premio de la Academia de Ciencias de Cuba, así como 1 gran premio, 5 premios y 3



menciones en diferentes versiones del Concurso Premio Anual Nacional de la Salud) e internacionales, en distintos certámenes, que han contribuido a la visibilidad del proyecto.

- Se han creado múltiples grupos de niños, adolescentes y jóvenes, como promotores de salud, que se van renovando periódicamente.
- Se han capacitado a los maestros de la enseñanza primaria, secundaria, tecnológica y especial, para la impartición ampliada de temas de promoción de salud incluidos en el currículo escolar, de forma sistemática y coherente.
- Se han celebrado, de manera sistemática, múltiples eventos y actividades masivas comunitarias de promoción de salud y prevención.
- Se introdujeron nuevos "alimentos saludables" en fábricas productoras de alimentos y en la red gastronómica local.
- Se realizó y validó, mediante metodología totalmente original, una estratificación del espacio de la ciudad según condiciones de vida.
- Se ha caracterizado el perfil psicosociológico de los residentes en los municipios de la provincia, según condiciones de vida.
- Se confeccionó un atlas de salud de la provincia de Cienfuegos.
- Se han capacitado de manera directa, cara a cara, a más de 10 000 personas en actividades docentes de todo tipo, incluyendo la realización de cursos y entrenamientos internacionales a estudiantes y profesionales de Estados Unidos, Argentina, Chile, Colombia y Ecuador.
- Se han elaborado y publicado, Guías de Buenas Prácticas de prevención clínica de FR y de tratamiento de las ECNT (1994 y 2005).<sup>36,37</sup>
- Se han producido 4 videos sobre el PGC y sus proyectos específicos.
- Han visitado a la ciudad, en función del PGC, más de 40 expertos internacionales y más de 100 nacionales.
- Se han presentado las experiencias del PGC en multitud de eventos locales, nacionales e internacionales.
- Se han diseminado las experiencias del PGC, con intercambio y asesoramiento a proyectos locales de promoción de salud del país y en países latinoamericanos (México, Ecuador, Brasil, Argentina).<sup>38,39</sup>
- Se ha logrado la movilización de recursos económicos para diferentes sectores de la sociedad.
- Se obtuvo la designación de Cienfuegos como área de demostración para Cuba del Proyecto CARMEN, que coordina la Organización Panamericana de la Salud y dirige el MINSAP.
- Se han logrado resultados satisfactorios en los principales indicadores de salud en Cienfuegos durante todos estos años y actualmente, con excelentes resultados: tasa cruda de mortalidad relativamente baja ( $7,2 \times 1\ 000$  en el 2001), mortalidad infantil muy baja ( $4,5 \times 1\ 000$  nacidos vivos en el 2010), expectativa de vida al nacer alta (77 años) y envejecimiento acelerado de la población 16,7 % de personas de 60 años y más en 2009). Reducción de las tasas de mortalidad por las principales ECNT.
- Provincia con mayor Índice de Desarrollo Humano, después de la capital, en mediciones realizadas en 1996, 1999 (0,8525), por el PNUD y el Centro de Investigaciones de la Economía Mundial de La Habana.

## COMENTARIO FINAL

Un proyecto local, de base y orientación comunitaria, dirigido originalmente al control y a la prevención de las ECNT y sus FR, ha ensanchado paulatinamente su visión, mucho más abarcadora, que ha incluido la promoción de salud, la prevención y el control de factores de riesgo y enfermedades, hasta su rehabilitación.

El "modelo" de las ECNT, por su complejidad, ha funcionado entre nosotros adecuadamente en el "diagnóstico y tratamiento" de la situación de salud local y ha preparado al sistema de salud, a otros sectores, a los dirigentes, a las personas y a la comunidad, para enfrentar otros problemas relacionados con la salud de los cienfuegueros. Entre otros resultados, este modelo fue la "llave" que nos abrió las puertas al Movimiento de Ciudades/Municipios Saludables. Sabemos que este Movimiento no es una meta en sí, sino un largo camino y un proceso continuo de obligaciones y responsabilidades compartidas.

Por último, podemos afirmar que el resultado más importante que hemos obtenido en estos años ha sido el encuentro de muchas personas e instituciones de la comunidad, que realmente conforman la gran reserva de salud y bienestar de nuestro pueblo.

## Agradecimientos

Este trabajo ha sido fruto de la labor conjunta de muchas personas en Cienfuegos. A él han contribuido también nuestros asesores nacionales, en especial los del MINSAP, y los consultores extranjeros, en particular los de la OPS/OMS. A todos, gracias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa A, Diez E, González E, Santos M, Romero AJ, Rivero H, et al Mortalidad del adulto en tres provincias cubanas. Años 1981-1982 [tesis]. Cienfuegos: Instituto Superior Técnico;1989.
2. Espinosa A, Diez E, González E, Santos M. Adultos fallecidos en tres provincias cubanas (1981-1982). Algunos factores relacionados con el lugar donde ocurrió la muerte. Rev Cubana Salud Pública. 1989;15:245-58.
3. Grupo Nacional de Medicina Interna. Normas de Medicina Interna. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1976.
4. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Programa Nacional de Atención al Adulto. La Habana: MINSAP; 1986.
5. Omran AR. The Epidemiologic Transition. Milkbank Mem Fund. 1971;49:509-38.
6. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974.
7. Rojas F. Estado de salud de la población: objeto y contenido de su estudio. Rev Cubana Adm Salud. 1982;8:39-50.

8. Terris M. Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. *J Public Health Policy*. 1984;5:327-37.
9. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Bol Epidemiol OPS*. 1985;6:1-8.
10. Aldereguía J, Komarov YM. Principales determinantes y factores del estado de salud de la población. En: Ramos N, Aldereguía J, editores. *Higiene social y Organización de la salud pública*. Guantánamo: Pueblo y Educación; 1987. p. 73-103.
11. Aldereguía J. Hacia un enfoque sociohigiénico integral del estado de salud de la población. *Rev Finlay*. 1988;2:4-10.
12. Aldereguía J. La Medicina Social y el Próximo Siglo. *Rev Finlay*. 1990;4:3-11.
13. Puska P, Nissinen, Tuomilehto J, Salonen JT, Koskela K, McAlister A, et al. The community based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health*. 1985;147-93
14. INTERHEALTH. *Guidelines for a Core Protocol*. Geneva: WHO; 1987.
15. Leparski E, Nüssel E. CINDI. Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme. Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures. Berlin: Springer-Verlag; 1987.
16. Ordúñez P. Exclusivo con *Pekka Puska*. Un embajador de la salud. *Rev Finlay*. 1989;3(1):65-7.
17. El Proyecto Global de Cienfuegos. *Rev Finlay*. 1991;5(4):388-411.
18. La Promoción de Salud en el nivel local (Panel). El Proyecto Global de Cienfuegos. En: OPS, editor. *Conferencia Internacional de Promoción de Salud*. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 130-7.
19. Espinosa A, Ordúñez P, Peña F. El Proyecto Global de Cienfuegos. Una estrategia local de intervención comunitaria. *Rev Cubana Med Gen Integral*. 1993;9:258-64.
20. Espinosa A, Ordúñez P, Diez E, Peña F. El Proyecto Global de Cienfuegos. Aportes metodológicos para el abordaje de la salud de la población cubana. Premio destacado. La Habana: XI Forum Nacional de Ciencia y Técnica;1996.
21. Proyecto Global de Cienfuegos, Cuba. *Healthier Communities Compendium*. The Healthcare Forum J. (Compendium), 1993.
22. Espinoza de Restrepo H. Evaluación de proyectos de municipios saludables. En: González J, del Bosque S, del Bosque MT, editores. *iManos a la salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción de la Salud*. México: CIESS/OPS; 1998. p. 277-82.
23. Castanedo I. *Municipios por las Salud. Estrategia de cambio*. La Habana: MINSAP; 1999.
24. Castanedo I. *Municipios por la Salud*. En: Álvarez R, editor. *Temas de Medicina General Integral*. Vol I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 44-5.

25. Espinosa A. A propósito de la constitución de la Red Cubana de Municipios por la Salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 1995;21:113-8.
26. Ordúñez García PO, Espinosa AD, Álvarez OM, Apolinaire JJ, Silva LC. Marcadores múltiples de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos, 1991-1992. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1993.
27. Ordúñez García PO, Espinosa Brito AD, Cooper RS, Kaufman JS, Nieto FJ. Hypertension in Cuba: evidence of a narrow black-white difference. *J Hum Hypertens*. 1998;12:111-6.
28. Espinosa AA, Espinosa AD. Factores de riesgo asociados en los fumadores. Resultados de la medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. *Rev Cubana Med*. 2001;40:162-8.
29. Álvarez FC, Espinosa AD, Romero AJ, Gaimetea C. Marcadores de riesgo y enfermedades cerebrovasculares. Proyecto Global de Cienfuegos. Estudio longitudinal 1992-1994. *Rev Neurol*. 1998;152:544-7.
30. Álvarez FC, Espinosa AD, Ordúñez PO, Silva LC. Marcadores de riesgo e hipertensión arterial. Proyecto Global de Cienfuegos. Estudio longitudinal 1992-1994. *Rev Invest Clin (México)*. 1999;51:151-8.
31. Espinosa AD, Ordúñez PO, Álvarez FC, Vázquez LE, Armas Y, Diez E, et al. El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez Años después. *Rev Fed Arg Card* 2000;29:524-6.
32. Ordúñez PO, Bernal Muñoz JL, Espinosa Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, Education and Blood Pressure in Cuba. *Am J Epidemiol*. 2005;162:49-56.
33. Ordúñez García PO, Bernal Muñoz JL, Peraza D, Espinosa Brito A, Silva LC, Cooper RS. Success in control of hypertension in low-resource setting: the Cuban experience. *J Hypertens*. 2006;24:845-9.
34. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Findings from the base line CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertens*. 2008;26:663-71.
35. Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni A, Espinosa Brito AD, Landrove Rodríguez OO, Peraza Alejo D, Ordúñez García PO. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. *Medisur*. 2010;8(2):56-9.
36. Espinosa A, Padrón LM, Ordúñez PO, Alvarez O, González E, Pino R, et al. Guías y procedimientos para la prevención y atención médica de marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Finlay*. 1994;8(1):19-32.
37. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. *Rev Finlay*. 2005;10 (No. especial):7-148.
38. Espinosa Brito A. La promoción de la salud y la prevención en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Sociedad Cruceña Medicina Interna*. 2007;3(1):15-26
39. Espinosa Brito A. Recomendaciones educativas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Finlay*. 2011;1(1):31-8.