

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**



**CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO
DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO. 1960-2019**

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud

Autora: Dra. Evelyn Martínez Cruz

LA HABANA

2022

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**



**CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO
DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO. 1960-2019**

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud

Autora: Dra. Evelyn Martínez Cruz

Tutores: Prof. Tit. Dr. Tomás Reinoso Medrano. (Dr. C.)

Prof. Tit. Lic. Digna Edelsys Hernández Meléndrez. (Dr. C.)

LA HABANA

2022

DEDICATORIA

A mis padres, por estimularme siempre a seguir adelante y a superarme cada día más como profesional y, sobre todo, como ser humano.

A mi esposo, por su permanente apoyo y amor incondicional en todo momento.

A mis queridos Nany, Wi y Eliersito, por ser fuente de inspiración permanente y considerarme un ejemplo a seguir en sus vidas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis tutores Dr. C. Digna Edelsys Hernández Meléndrez y el Dr. C. Tomás Reinoso Medrano por su apoyo, su empeño y las valiosas orientaciones para el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate y la Dr. C. Nayra Irene Pujal Victoria, por su interés en que este programa doctoral avance con la calidad requerida y con excelentes resultados.

A los profesores Dr. C. Eduardo Joaquín Alemañy Pérez y Dr. C. Teresa de la Caridad Pérez Díaz por su dedicación y los conocimientos que me aportaron.

A todos los profesores de la Escuela Nacional de Salud Pública que, de una u otra forma, me procuraron sus consejos y sabiduría durante la realización de esta investigación.

A los colegas de los Ministerios de Relaciones Exteriores y del Comercio Exterior y la Inversión Extranjera, por su permanente disposición y asesorías.

A todos los actores de la cooperación internacional en salud en el país por sus contribuciones y permanente trabajo en pos de la salud del pueblo cubano.

A los compañeros y amigos que me han respaldado en todo momento y al sistema sanitario cubano por demostrar que es el mejor del mundo y del que me siento orgullosa.

SÍNTESIS

La cooperación internacional constituye un complemento para el desarrollo de los sistemas sanitarios. En Cuba existen estudios que abordan la evolución del sistema de salud, sin embargo, no se encuentra evidencia científica de la influencia de la cooperación internacional en este proceso o de la forma en que se canaliza y se alinea a las prioridades. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la aplicación del método histórico-lógico, para fundamentar la contribución de la cooperación internacional al desarrollo del sistema sanitario cubano en el periodo 1960-2019. Las transformaciones económicas, políticas y sociales del país incidieron en los avances del sector salud e incidieron en la gestión de la cooperación internacional. Concluyó que la cooperación internacional en salud recibida ha estado presente durante toda la historia del sistema sanitario, es amplia y diversa. Se completó la periodización de las etapas evolutivas con evidencias de la contribución de la cooperación, como proceso dialéctico en constante desarrollo. Existen experiencias positivas y se cumple con los criterios de buenas prácticas. El proceso de transformaciones y de actualización del marco jurídico en Cuba constituyen elementos positivos para mejorar la efectividad de la cooperación internacional en salud, con el propósito de ampliarla, diversificarla y replicarla.

ÍNDICE

TÍTULO	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN SALUD	
I.1 Antecedentes y situación actual de la cooperación internacional en salud	11
I.1.a Modalidades de la cooperación internacional en salud	15
I.1.b La cooperación internacional en salud y el debate sobre buenas prácticas	17
I.2 Las transformaciones económicas, políticas y sociales en Cuba, su repercusión en la salud	20
I.2.a. La cooperación internacional en salud en Cuba	22
I.2.b. El desarrollo del sistema sanitario cubano	24
Consideraciones finales del capítulo	26
CAPITULO II METODOLOGIA PARA FUNDAMENTAR LA CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACION INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO	
II.1 Clasificación del estudio	28
II.2. Método	30
II.2.a. El método histórico lógico	30
II.3. Estructura de la metodología y etapas	32
II.3.a. Primera etapa	32
II.3.a.1. Técnicas	32
II.3.a.2 Técnicas de lluvia de ideas	32
II.3.b. Segunda etapa	35
II.3.b.1. Técnicas	35
II.3.b.2. Revisión y análisis documental	35
II.3.b.3. Entrevistas en profundidad	36
II.3.c. Tercera etapa	37
II.3. c.1. Técnicas de recolección de la información	37
II.3. c.2. Paso 1. Revisión teórica	38
II.3. c.3. Paso 2. Establecimiento de criterios de buenas prácticas	38
II.3. c.4. Paso 3. Incorporación en el guion de la entrevista en profundidad	39
II.3. d. Triangulación de la información obtenida por las diferentes técnicas empleadas	39
II.3.e. Procesamiento de la información	40
II.3.f. Aspectos éticos de la investigación	41
Consideraciones finales del capítulo.	41
CAPITULO III. RESULTADOS DE LA CONTRIBUCION DE LA COOPERACION INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO. 1960-2019	
III.1. La cooperación internacional en salud recibida por Cuba en el periodo 1960-2019	42
III.1.a. Actores de la Cooperación multilateral	45
III.1.b. Actores de la cooperación bilateral	51
III.2. Influencia de la cooperación internacional recibida en las diferentes etapas del desarrollo del sistema sanitario cubano	57
III.2. a. Etapa I, periodo desde 1960 hasta 1969. Establecimiento del primer Sistema	58

Nacional de Salud único e integral	
III.2.b. Etapa II, periodo 1970-1979. De consolidación del Sistema Nacional de Salud único	63
III.2.c. Etapa III, periodo de 1980-1989, de avance y desarrollo científico del Sistema	67
III.2.d. Etapa IV, periodo 1990 - 1999. Preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud pública y su desarrollo en condiciones de crisis económica	72
III.2.e. Etapa V, periodo del 2000 al 2009. Proceso de consolidación y renovación	77
III.2.f. Etapa VI, periodo 2010-2019. Actualización del proceso de transformaciones	83
III.3 Experiencias y buenas prácticas de la cooperación internacional en salud en el país	90
III.3.a. Experiencias de los actores de la cooperación en salud	96
Consideraciones finales del capítulo.	98
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
ANEXOS	

Glosario de términos por orden de aparición en el texto

CIS	Cooperación internacional en salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNU	Sistema de Naciones Unidas
FMLSTM	Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
GAVI	La Alianza para la Vacunación
IGS	Iniciativas Globales de Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
SNS	Sistema Nacional de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CAD	Comité de Ayuda Oficial al Desarrollo
PIB	Producto Interno Bruto
IDH	Índice de Desarrollo Humano
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
MINREX	Ministerio de Relaciones Exteriores
MINCEX	Ministerio de Comercio Exterior y la Inversión Extranjera
PCC	Partido Comunista de Cuba
MAC	Mapeo de Actores Claves
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

PMA	Programa Mundial de Alimentos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
JICA	Agencia Japonesa de Cooperación Internacional
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AFD	Agencia Francesa para el Desarrollo
COSUDE	Agencia Suiza para la Cooperación
MANUD	Marco de Cooperación de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Agencia de Naciones Unidas para la lucha contra el sida
ACNUR	Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados
UNODC	Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OIEA	Organismo Internacional de la Energía Atómica
AENTA	Agencia de Energía Nuclear y Tecnologías de Avanzada
CAME	Consejo de Ayuda Mutua Económica
UE	Unión Europea
FSD	Fondo Saudita para el Desarrollo
CNIC	Centro Nacional de Investigaciones Científicas
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
IDS	Instituto de Desarrollo de la Salud
IPK	Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CCOMS	Centro Colaborador de la OMS
INHEM	Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
MGI	Medicina General Integral
PMEF	Programa del Médico y Enfermera de la Familia
GOPELS	Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA
ENT	Enfermedades No Transmisibles

TCC	Cooperación Técnica entre Países
CITED	Centro Iberoamericano para la Tercera Edad
ELAM	Escuela Latinoamericana de Medicina
IPV	Vacuna Inactivada para la Polio
CDN	Convención sobre los Desarrollos del Niño
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (siglas en inglés)
BLH	Bancos de Leche Humana

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La cooperación internacional en salud (CIS) se define como la asociación entre países y/o sus instituciones públicas y privadas, encaminada a la movilización de recursos que pueden ser: técnicos, mediante el intercambio de conocimientos (el saber-cómo-hacer), buenas prácticas y experiencias, o materiales (recursos financieros); con el propósito de alcanzar objetivos comunes en la búsqueda de la justicia social y la salud para todos. También es llamada “ayuda global en salud”, “ayuda internacional en salud” y “asistencia al desarrollo para la salud”.¹

Este concepto enfatiza en el esfuerzo conjunto que integra a los socios o partes en un proceso, en el cual el saber-cómo-hacer y las orientaciones estratégicas son compartidas, por lo tanto, apunta a la planificación, ejecución conjunta de programas y/o proyectos, con la autonomía de sus partes y la sostenibilidad del proceso como un todo. Aunque existen otras denominaciones, es importante tener en cuenta que en ellas influyen los diferentes supuestos ideológicos.^{1, 2, 3}

La CIS constituye, además, una parte importante de la política exterior de un país e impacta de forma transversal en su desarrollo nacional, elementos a destacar son: el lugar preponderante que ocupa la salud en las agendas políticas y el hecho de ser concebida como un aspecto fundamental para el desarrollo sostenible.^{1, 3}

En el campo de las relaciones internacionales, cada día es más evidente la necesidad de conocer la incidencia de los asuntos sanitarios en el amplio espectro de temas políticos, económicos y sociales existentes, donde el acelerado desarrollo científico-tecnológico trasciende las fronteras, por ende, se requiere de una acción mundial en su abordaje. El resultado se traduce en el creciente número de diplomáticos que entran a trabajar en el campo de la salud, y más especialistas en salud pública que pasan a desempeñarse en la carrera diplomática. Se configura de esta forma, una disciplina que los autores denominan; diplomacia sanitaria mundial.⁴

La efectividad de la CIS, independientemente de la modalidad de que se trate: bilateral, multilateral, triangular o Sur-Sur, estará determinada por la capacidad de los gobiernos para implementar las políticas sanitarias, de protección social, el abordaje de los determinantes sociales y el enfoque de derechos.¹

En la región de América Latina y el Caribe, un momento significativo en la historia de la CIS, fue la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 2 de diciembre de 1902, esta constituye la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las Américas.⁵ En 120 años, es la agencia del Sistema de Naciones Unidas (SNU) de mayor presencia en la región, con momentos relevantes de su historia enunciados a continuación:⁶

-  1977. Conferencia Mundial sobre Cooperación. Impulso de la cooperación Sur-Sur.
-  1980. Consolidación de las iniciativas en cooperación Sur-Sur y triangular.
-  1984 -1986. Auge de la cooperación técnica entre países en desarrollo.
-  1991. Fortalecimiento de la cooperación entre países, Sur-Sur, triangular y regional.
-  1998. Enfoque de salud para el desarrollo humano.
-  2005. Fortalecimiento de los sistemas de salud con énfasis en las políticas de inclusión.
-  2013. Cooperación entre países para el desarrollo sanitario, cooperación Sur-Sur.

Los cambios y transformaciones que se produjeron en los últimos años en la CIS, fueron motivados por el incremento en el número de actores nacionales y transnacionales, tanto estatales como no estatales con la generación de una compleja interacción entre ellos, junto al surgimiento de nuevos mecanismos organizacionales *ad hoc* que hacen efectiva esta interacción.⁷

A partir de 2010, se destacan la participación de nuevos actores, como el Fondo Mundial para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMLSTM), la Alianza para la Vacunación (GAVI), las Iniciativas Globales de Salud (IGS), la Fundación Gates y una gran cantidad de

Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que en su conjunto incrementaron significativamente el monto de la ayuda internacional.⁸

En Cuba, el sistema de salud remonta su origen al año 1909, momento en que se produce la segunda ocupación norteamericana y se aprueba la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, en ella se establecieron las diferentes Secretarías del Despacho de la Presidencia y dentro de estas se creó la de Sanidad y Beneficencia.⁹

De esta forma, la organización de la salud pública cubana quedó unificada, independiente y elevada a categoría ministerial para tener el privilegio de ser el primer país en hacerlo en todo el mundo. La Secretaría se mantuvo hasta la puesta en vigor de la Constitución de 1940, en que se le dio una nueva estructura y pasó a Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.⁹

El triunfo revolucionario en enero de 1959, marcó un punto de inflexión en el desarrollo del sistema sanitario cubano. La realización de importantes transformaciones políticas, económicas y sociales con enfoque en los determinantes de la salud, definieron los primeros pasos.

Dentro de las primeras modificaciones realizadas en el sector, se encuentran: la reducción del precio de los medicamentos, creación del Servicio Médico Social Rural, campañas epidemiológicas con participación comunitaria, las transformaciones de la enseñanza superior y media de las ciencias médicas, desarrollo de recursos humanos, la ampliación del número de centros en todos los niveles de atención y la creación de instituciones para el desarrollo científico-tecnológico.⁹

La evolución histórica y epistemológica del sistema sanitario cubano se define por etapas, las que se denominan:^{9,10,11,12}

- ✚ Integración del Sistema Nacional de Salud. Década de 1960.
- ✚ Consolidación del Sistema Nacional de Salud único, formación de recursos humanos y fortalecimiento de la cooperación médica internacional. Década de 1970.

- ✚ Incorporación y desarrollo de alta tecnología médica, desarrollo de investigaciones. Establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud con el programa del Médico y Enfermera de la Familia. Década de 1980.
- ✚ Preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud pública y su desarrollo en condiciones de crisis económica. Década de 1990.
- ✚ Proceso de consolidación y renovación. Década del 2000.
- ✚ Proceso de transformaciones. Década del 2010.

Los resultados alcanzados en el estado de salud de la población están determinados por los principios del Sistema Nacional de Salud (SNS), al tener al ser humano en el centro de las políticas sanitarias, ser gratuito, accesible para el 100 % de la población, regionalizado, integral, sin discriminación de ninguna índole, con participación comunitaria e intersectorial, concepción internacionalista y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).¹³

Al cierre del año 2019 entre los principales indicadores del SNS, se destacaron: esperanza de vida al nacer de 78,45 años, la mortalidad en el menor de un año de cinco por cada mil nacidos vivos, supervivencia de los niños a los cinco años de edad del 99,5 % y una proporción de nueve médicos por mil habitantes.^{14, 15}

La cooperación internacional es uno de los principios de la política exterior cubana, el país tiene un doble rol, como receptor y oferente de la CIS. La Revolución cubana no esperó su desarrollo económico y consolidación política para comenzar a brindar ayuda en este campo, aun cuando se produjo una importante migración de los médicos existentes en el país en estos inicios.

Esto no impidió que el 21 de mayo de 1960 se enviara a Chile una brigada médica emergente en respuesta a un terremoto y posteriormente, en el año 1963 se efectuara la primera ayuda con brigadas permanentes a través de acuerdo interministerial, en este caso a Argelia. Se reconoce

esta fecha como el inicio de la colaboración médica cubana en el exterior.¹⁵ Hasta la actualidad, 407 mil profesionales y técnicos colaboraron en 164 países.^{16, 17}

Cuba desarrolla uno de los más importantes y amplios programas de CIS del mundo, que incluye la cooperación que se ofrece, en la que se encuentra la colaboración médica con sus diferentes variantes: la docente (con la formación de recursos humanos dentro y fuera de Cuba) y la asistencial, que puede manifestarse a través de brigadas médicas emergentes para ayuda en situaciones de epidemias y/o catástrofes naturales, o con brigadas permanentes, encaminadas a realizar intervenciones de salud pública, contribuir al perfeccionamiento de servicios de salud y la prestación directa de servicios. Ello demuestra que la cooperación en salud es mucho más que el apoyo financiero directo.^{18, 19, 20}

En el caso de la cooperación que se recibe, existen las siguientes modalidades: donaciones puntuales, cooperación técnica, cooperación económica y por programas o proyectos. Constituyen una fuente de recursos que complementan los esfuerzos nacionales para el desarrollo económico y social.

El país es ejemplo y referente del buen manejo de la cooperación, al ser uno de los 51 estados fundadores del SNU, con un significativo protagonismo en todos los foros convocados. La primera oficina internacional de ese órgano abrió su representación en 1950 y fue la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Posteriormente y en la medida que avanzó el fortalecimiento de la política exterior y el desarrollo del sistema sanitario cubano, se amplió la CIS tanto bilateral como multilateral, coexistieron en el país varias agencias y programas.¹⁹

La cooperación bilateral con diversos actores: gobiernos, institutos, universidades, ONG y movimientos de solidaridad, se estableció en la década de 1990.^{21, 22}

En este periodo se produjo una grave crisis económica, con repercusiones visibles en todas las esferas de la sociedad, en salud se caracterizó por el déficit de recursos materiales, de insumos y medicamentos. A pesar de lo anterior, la CIS se mantuvo y se amplió. Presentó un enfoque hacia las principales dificultades existentes, se produjo un incremento en las donaciones y la realización de proyectos, esto ayudó en la sostenibilidad de los principales programas y a contrarrestar en gran medida, las afectaciones producidas en el sector.^{23, 24, 25}

La CIS acompañó a los avances del SNS desde sus inicios, contribuyó al logro de importantes resultados, potenciados por la capacidad del país de canalizarla y alinearla a las prioridades, sin permitir condicionamientos y realizar un uso adecuado de los recursos recibidos; aspectos que ofrecen seguridad y confianza a las diferentes contrapartes.

Los resultados que se obtienen, se potencian por la existencia de un sistema de salud robusto, con significativa capacidad tanto técnica como profesional, elementos que permiten desarrollar programas de cooperación técnica costo - efectivos y sostenibles.²¹

Justificación

Un sistema sanitario, según la OMS, es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de las poblaciones. Su fortaleza y resiliencia son fundamentales para avanzar hacia la cobertura universal de salud y mantener la sostenibilidad de los logros alcanzados.⁶

Estudios realizados en Cuba estructuran el desarrollo y evolución del sistema sanitario cubano mediante etapas, las que se enmarcan coincidentemente en fases de 10 años, que abordan el periodo comprendido desde 1959 hasta 2011 con el inicio del proceso de transformaciones necesarias.^{11,12, 26} Posterior a este año y hasta 2019 aparecen publicaciones sobre el SNS pero

en ellas no se recogen la totalidad de los elementos que definen a las etapas anteriores, sin existir homogeneidad en los trabajos existentes sobre el sistema sanitario cubano.¹²

Las categorías de análisis que se utilizaron en estas investigaciones fueron: el periodo de tiempo (etapa), los modelos asistenciales, las estrategias de desarrollo, la actividad epidemiológica y la formativa. Sin embargo, nunca se incluyó a la CIS, a pesar de tener Cuba el doble rol de oferente y receptor de la cooperación, ser uno de los principios del SNS y constituir parte de los aspectos básicos en la estrategia de desarrollo del país, presente en los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución, lo cual conduce a un vacío de información sobre este tema en particular.

Generalmente aparecen publicaciones sobre la colaboración que se ofrece a otras naciones, sin profundizar en la que se recibe en el sistema sanitario cubano, tampoco de la forma en que se planifica o se enfoca a las prioridades identificadas.

Esta investigación tiene gran actualidad, dada la necesidad de realizar estudios que brinden evidencias científicas que presenten la contribución de la cooperación internacional en salud en la evolución, desarrollo y sostenibilidad del SNS. Es necesario describir las experiencias y las buenas prácticas que contribuyen a mejorar su planificación como complemento para el perfeccionamiento del sistema, en favor de realizar un mejor uso de los recursos que se aportan por esta vía.

Sobre la base de estos aspectos, el problema de investigación se enfoca en las siguientes interrogantes: ¿Cómo Cuba ha canalizado la cooperación internacional recibida en salud desde 1960-2019? ¿De qué forma ha influido la cooperación internacional recibida en salud en el alcance de los logros de la salud pública cubana en sus diferentes etapas? ¿Qué experiencias y

buenas prácticas de la cooperación internacional en salud en Cuba pueden ser documentadas como parte de la memoria histórica del SNS?

Objetivo general: Fundamentar la contribución de la cooperación internacional en salud al desarrollo del sistema sanitario cubano en el periodo 1960-2019.

Objetivos específicos:

1. Describir la cooperación internacional en salud recibida por Cuba desde 1960 hasta 2019.
2. Caracterizar la influencia de la cooperación internacional recibida en las diferentes etapas del desarrollo del sistema sanitario cubano.
3. Identificar las experiencias y buenas prácticas de la cooperación internacional como parte de la memoria histórica del sistema sanitario cubano.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que empleó técnicas cualitativas mediante la aplicación de métodos teóricos como el histórico-lógico y el analítico- sintético, al investigar los sucesos y los acontecimientos, desde su proceso de nacimiento y desarrollo, en relación con las condiciones históricas concretas que engendraron la CIS. Resultó de utilidad el método empírico vivencial, sobre la base de las experiencias, los conocimientos, las habilidades y las vivencias de la autora, con veinte años de trabajo en la actividad de la cooperación internacional.

Además, se realizó una sistematización y análisis mediante la revisión de documentos normativos de Cuba y de la CIS, entrevistas en profundidad y ejercicio de lluvia de ideas a expertos seleccionados, lo cual contribuyó a la obtención de la información necesaria para fundamentar la contribución de la CIS al desarrollo del sistema sanitario cubano.

Se realizó un proceso de triangulación que incluyó la información documental, los resultados de las entrevistas y las valoraciones de la autora. Esto permitió identificar categorías y subcategorías para llegar a las conclusiones a las que se arribó con esta investigación.

Novedad científica

Se documenta por primera vez la contribución de la cooperación internacional al desarrollo del sistema sanitario cubano. Disponer de la sistematización e identificación de los desafíos y buenas prácticas existentes en la CIS permite incorporar nuevas evidencias que facilitarán fortalecer los procesos de planificación, utilización, control y seguimiento. Los resultados constituyen un referente histórico necesario para su perfeccionamiento, así como, para alcanzar nuevas metas y retos sanitarios a nivel nacional e internacional.

Resulta al mismo tiempo un aporte significativo al trabajo de la salud pública cubana. Hasta el momento en que se concluye esta investigación no se conocen estudios similares, solo se recogen análisis de resultados puntuales de algunos programas específicos de cooperación.

Aportes teóricos

Nuevos conocimientos sobre el sistema sanitario cubano al completarse la periodización de su desarrollo desde 1960 hasta 2019 con la descripción de sus seis etapas de forma homogénea.

Se realiza una propuesta organizada sobre el desempeño y experiencias de la CIS en Cuba, que pueden ser documentadas como parte de la memoria histórica del sistema sanitario cubano.

Aportes metodológicos

Proporciona una base bibliográfica, instrumentos de recolección de datos y de procedimientos metodológicos que pueden ser utilizados en trabajos que continúen esta temática investigativa.

Originalidad del instrumento de recolección de datos que se utilizó, en este caso, el guión que se adoptó para la realización de las entrevistas en profundidad a los expertos seleccionados, se diseñó sobre la base de las características y la participación de cada experto nacional y extranjero en la planificación, ejecución, seguimiento y control de la CIS en el país.

Adecuada al contexto nacional una metodología para la determinación de buenas prácticas de la cooperación internacional, desarrollada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) hasta el momento aplicada en Chile, Colombia y México.

Utilizada la técnica de mapeo de actores claves por primera vez en el sector salud en Cuba, generalmente aplicada en investigaciones sociales.

Realizadas comparaciones en periodos temporales concretos, al estudiar las etapas de desarrollo del SNS, incorporado en sus análisis la categoría de la actividad de cooperación, en este caso es una investigación pionera en esta área del conocimiento.

Aportes prácticos

Proporciona información científicamente argumentada sobre los actores, programas y modalidades por las que Cuba recibe la CIS.

Identificadas las buenas prácticas de la CIS y los elementos que se deben tener en cuenta para la toma de decisiones en busca de una mayor efectividad, en concordancia con las prioridades del país para el desarrollo y la sostenibilidad del sistema sanitario cubano.

Disponibilidad de información esencial para el trabajo metodológico del Ministerio de Salud Pública en Cuba y como material docente por los estudiosos del tema.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS SOBRE EL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

En el presente capítulo se exponen los elementos teóricos y metodológicos que sustentan el problema de investigación. Se hace referencia al origen, antecedentes, aspectos conceptuales de la cooperación internacional con énfasis en la CIS, en el mundo y en la región de América Latina y el Caribe. También se abordan elementos relativos al desarrollo del sistema sanitario cubano y a la cooperación internacional en salud en Cuba.

I.1 Antecedentes y situación actual de la cooperación internacional en salud

El término cooperación, se refiere al conjunto de acciones y esfuerzos que, en unión con otros individuos, se realizan con el objetivo de alcanzar una meta común. La palabra, procede del latín *cooperatio, cooperatiōnis*.²⁷

Colaborar, es la acción y efecto de trabajar en conjunto con otra u otras personas para realizar una obra o alcanzar un objetivo; proviene del latín *collaborāre*. En este sentido, es el resultado de una estrategia de trabajo conjunto para facilitar la consecución de un objetivo, por ejemplo, la contribución de responsabilidades, la delegación de tareas y las acciones coordinadas.²⁷

La cooperación internacional se reconoce como el apoyo que brinda un organismo internacional, estado, gobierno u ONG a la población de otra nación; dirigido a diversos ámbitos, tales como: la salud (cooperación internacional en salud), la educación, el medio ambiente o la economía.^{27, 28}

Según Pérez Cabrera,²⁹ no es una simple transferencia de fondos, sino un ejercicio recíproco de identificación de potencialidades y prioridades. Un proceso ventajoso para ambas partes: cooperantes y beneficiarios, con un sentido de igualdad, de colaboración, de responsabilidad, de solidaridad, equidad y sostenibilidad, con un enfoque de desarrollo de capacidades.

Además, es una herramienta de la política exterior de un país, se implementa a través de tres instrumentos: el diálogo político, los acuerdos comerciales y la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo una apertura de procesos innovadores a nivel político, social y económico, que generaron cambios en el panorama internacional e inició un sentido de preocupación por el desarrollo de los países. La cooperación internacional se diversificó con enfoques específicos con lo que adquirió mayor preponderancia la CIS.

En 1945, se celebró la primera conferencia de las Naciones Unidas en San Francisco, Estados Unidos de América; las 51 naciones participantes firmaron la Carta de las Naciones Unidas, con el propósito de mantener la paz y fomentar la cooperación internacional, posterior a esta fecha surgieron los fondos y programas que conforman el SNU, reconocidos como los actores multilaterales de la cooperación.³⁰

Estos procesos y acontecimientos generaron condiciones para que los temas de salud crecieran en importancia en los foros internacionales, se incluyeran en las agendas políticas internacionales como asunto estratégico y se incrementara de manera sustantiva el flujo de recursos financieros para la CIS.⁸

Como parte del proceso de estructuración y perfeccionamiento de la cooperación a nivel internacional, en 1960 se creó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y dentro de este, el Comité de Ayuda Oficial al Desarrollo (CAD), compuesto por veintinueve miembros (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, el Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y la Unión Europea).³¹

En este mismo periodo, se establecieron las primeras agencias y ministerios de cooperación internacional, surgió el Movimiento de Países No Alineados, se fortaleció la capacidad de actuación de los países emergentes con mayor protagonismo en las relaciones internacionales y el desarrollo económico, de esta forma nace la cooperación entre los países del sur.³²

En la década de 1970, se criticó a la cooperación internacional por el paradigma neoliberal, con el argumento que interfería con el libre mercado y el supuesto derroche de recursos en actividades poco efectivas como la salud y la educación, junto a otras políticas sociales.^{29, 30}

Fueron definidos por primera vez, mediante la Asamblea General de las Naciones Unidas, los objetivos de las transferencias de recursos financieros y de los flujos de la AOD, al establecer por Resolución: "Todo país económicamente desarrollado se esforzará por efectuar cada año a partir de 1972 una transferencia de recursos financieros a los países en desarrollo igual al menos, en pagos efectivos netos, al 1 % de su producto nacional bruto (PIB) a precios de mercado".^{33, 34}

Estos recursos constituyen un aspecto fundamental en la financiación de la cooperación internacional, lamentablemente después de 48 años, solo cinco naciones industrializadas (Dinamarca, Noruega, Países Bajos, Suecia y Reino Unido), consiguieron cumplir con este compromiso. Queda lejos el propósito global de reducción de la pobreza y de mejorar la salud.³⁵

La autora de la investigación coincide con Jérôme Duval,³⁵ en que no se cumple en términos de cantidad ni de calidad de los montos que se acordaron, se utilizan en muchas ocasiones para favorecer los intereses nacionales o comerciales de los países donantes y por supuesto, en estos aspectos, la voluntad política es un aspecto esencial.

Es preocupante que la orientación del financiamiento no necesariamente responda a las necesidades de los países receptores de la ayuda, sino más bien a los intereses de los donantes. La agenda programática está concentrada en algunas enfermedades y programas como el VIH/sida en primer lugar, la malaria, la tuberculosis, la salud de la madre y del niño, las enfermedades tropicales y la nutrición; queda rezagado el desarrollo de los sistemas sanitarios.

En 1990 se revolucionan los paradigmas hasta ahora existentes de la CIS, el trabajo de Amartya Sen, sentó las bases conceptuales para pasar de la visión del desarrollo vinculado a los ingresos, a considerarlo como un proceso de ampliación de las capacidades y libertades

humanas. De este modo las personas pueden vivir una vida plena, saludable, tener acceso a la educación, un nivel de vida digno, participar en el progreso de su comunidad y en la toma de decisiones como parte de los determinantes sociales de la salud.³⁶

A partir de este periodo, se comenzó a utilizar el Índice de Desarrollo Humano (IDH) por país, elaborado por el economista pakistaní Dr. Mahbubul Haq y se consolidó el término de cooperación descentralizada.³⁷

Al terminar la década, la ineficacia macroeconómica que presentó la ayuda incidió de forma negativa en el logro de importantes propósitos sanitarios que constituyeron aspectos esenciales de la CIS, como fue la meta de “Salud para Todos en el año 2000” adoptada en septiembre de 1978 en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

En este momento, existió consenso sobre la necesidad de revisar los esquemas de la CIS y en el año 2000 a iniciativa del SNU, se adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se ordenaron las estrategias y prioridades de los donantes internacionales con los países dirigidos hacia un objetivo común: la reducción de la pobreza, mejorar la salud, reducir inequidades y potenciar el desarrollo.³⁰

La autora, a partir de la información analizada, coincide con Prado Lallande,³⁰ quien considera que los acontecimientos históricos, políticos y sociales ocurridos a nivel global transformaron la visión de la CIS.

En los últimos años, los debates realizados alrededor de los determinantes sociales de la salud, presentaron una mayor influencia e incidencia en las discusiones relacionadas con la efectividad de la cooperación internacional, con un mayor enfoque en temas sociales vinculados de forma transversal a la salud de las poblaciones.

I.1 a. Modalidades de la cooperación internacional en salud

El actual modelo de CIS posee una configuración compleja y multifacética. Para comprender mejor su esencia es necesario distinguir los aspectos distintivos de sus tres modalidades: la bilateral (los donantes canalizan sus fondos directamente hacia los receptores), la multilateral (los gobiernos remiten los recursos financieros a organizaciones multilaterales para que estas los utilicen en la financiación de sus propias actividades, de modo que la gestión queda en manos de las instituciones públicas internacionales y no de los donantes), y la cooperación descentralizada (se realiza por las administraciones subestatales, es un nuevo enfoque, con la incorporación de actores de la sociedad civil).^{29, 32, 38}

Con el tiempo, se consolidaron otras modalidades alternativas de CIS de carácter más horizontal: como la Sur-Sur y la triangular. La primera de ellas se refiere a una forma más abarcadora, con un amplio espectro de acciones entre países en desarrollo. Mientras que la triangular, consiste en aquella cooperación técnica entre dos o más países en desarrollo que se apoya financieramente por donantes del norte u organismos internacionales.³⁸

Según su contenido, se definen cuatro grupos fundamentales:²⁹

1. Cooperación financiera: financiación de actividades orientadas al desarrollo con enfoque en la salud, ya sea mediante créditos, donaciones, venta o donación de mercancías y servicios.
2. Cooperación técnica: intercambio de conocimientos técnicos y de gestión, con el fin de aumentar las capacidades de instituciones y personas para promover su propio desarrollo.
3. Ayuda alimentaria: transferencia de recursos en forma de alimentos donados o vendidos.
4. Acción humanitaria: ayuda a las víctimas de desastres, orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad.

En este sentido, la autora coincide con Rodríguez Pérez,³² en que la multiplicidad y proliferación de actores y modalidades de la cooperación, aportan una gran complejidad al sistema internacional, debido a que incluyen variedad de entes públicos y privados, no solo los estados

nacionales o las instituciones multilaterales como protagonistas activos en el tema, sino también las administraciones públicas regionales, las locales, las organizaciones de la sociedad civil, las universidades, los centros de investigación y las empresas privadas.

De igual forma el SNU, a través de sus diferentes agencias, fondos y programas desarrolla un rol muy activo. Sin embargo, la existencia de actores con diferentes competencias que intervienen en la CIS en los ámbitos multilaterales, bilaterales y descentralizados, induce en muchos casos a una dispersión de esfuerzos, además de provocar una falta de coordinación, lo que produce un solapamiento de las actividades.^{39, 40}

A juicio de esta investigadora, los aspectos mencionados generaron un amplio debate sobre las buenas prácticas de la cooperación internacional, a partir de que existe una preocupación constante en el uso efectivo de los recursos que se reciben, que las acciones sean sostenibles y potencien el desarrollo.

En ese contexto y con el propósito de mejorar la efectividad de la CIS, se realizaron los Foros de Alto Nivel, como la Cumbre de Desarrollo de Monterrey (2002), la Cumbre de Doha (2008) y los Foros de Alto Nivel de Roma (2003), París (2005), Accra (2008) y Busán (2011).^{29, 41, 42, 43, 44}

La Declaración de París de 2005, considerada por los expertos como la más abarcadora sobre el tema, estableció los principios para la efectividad de la CIS, dentro de estos:⁴³

- Apropriación: los países son los que definen el modelo de desarrollo acorde a sus enfoques y necesidades, ejercen autoridad sobre sus políticas, estrategias y coordinan acciones.
- Alineación: los donantes de la ayuda deben basar su apoyo a las estrategias, instituciones y procedimientos de desarrollo nacional de los países.
- Armonización: las acciones de cooperación de los diferentes cooperantes deben estar vinculadas y utilizar los mismos mecanismos de seguimiento.

- Gestión orientada a resultados: administrar adecuadamente los recursos de la cooperación y mejorar la toma de decisiones orientada a resultados.
- Mutua responsabilidad: los donantes y países son responsables de las acciones de cooperación, deben mantener la transparencia y rendición de cuentas, ante ciudadanos, organizaciones, socios y partes interesadas, con un diálogo constructivo que privilegie la mejora continua y se pueda transformar la realidad intervenida.

El Foro de Busán tomó estos principios con énfasis en la efectividad del desarrollo e integró la cooperación Sur-Sur y triangular a la Asociación Global para el Desarrollo Sustentable. Se realizó un llamado a aumentar la transferencia de conocimientos, mejores prácticas y el fortalecimiento de las capacidades tanto nacionales como locales, en busca de la sostenibilidad y creación de capacidades.⁴⁴

La autora considera que lo anterior evidencia la creciente preocupación a nivel internacional sobre una mejor gestión de la CIS, con una permanente revisión y búsqueda de su perfeccionamiento, para al final obtener los resultados deseados, o sea, un mejor aprovechamiento de los recursos, contribuir al desarrollo de los sistemas sanitarios y, por ende, a la salud de las poblaciones.

I.1 b. La cooperación internacional en salud y el debate sobre buenas prácticas

En el 2015, después del incumplimiento de los ODM, se adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con la misma tendencia al incremento en el número y diversidad de los actores de la cooperación a nivel internacional, así como en los volúmenes de la ayuda. Estos constituyeron aspectos de preocupación tanto para los oferentes, como para los receptores de la cooperación por lo ocurrido con la efectividad de la CIS en años anteriores.⁴⁴

Se generó un amplio debate sobre buenas prácticas, promovido por el SNU, específicamente por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), encargado del seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los ODM y de los ODS a nivel global.

La efectividad de la CIS se relaciona con el nivel o grado de alcance del objetivo y resultados de una actividad de cooperación en una población beneficiaria, en un periodo temporal determinado y por el que se trata de maximizar el impacto en la salud para contribuir al desarrollo.⁴⁴

El análisis sobre buenas prácticas se vinculó a estos aspectos, con la existencia de diferentes abordajes conceptuales. A juicio de esta investigadora, la definición más integral sobre buenas prácticas de la CIS, es la consensuada por la Secretaria General Iberoamérica, proceso de integración regional que forma parte de la amplia comunidad de organismos internacionales y de la cual Cuba es miembro con un importante rol en este espacio. En los años 2008 y 2009 se realizó el Programa para el fortalecimiento de la cooperación horizontal, Sur-Sur y triangular en Iberoamérica.⁴⁵

El principal objetivo del programa fue establecer la propuesta conceptual de buenas prácticas de la CIS y definir sobre la base de criterios consensuados para la cooperación bilateral, la cooperación triangular y Sur-Sur los aspectos que permiten identificarlas. Participaron 18 países: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana y Uruguay.⁴⁵

Los resultados se publicaron en año 2010 y se adoptó como definición de buenas prácticas de la CIS, la acción o conjunto de acciones (coherentes y orientadas a resultados de desarrollo) aplicadas en un contexto determinado, definidas en función de una necesidad explícita, determinadas en forma consensuada y participativa, que impactan positivamente la realidad intervenida de manera eficiente. Esto permite que sus resultados sean sostenibles en el tiempo con procedimientos transferibles y replicados a otros contextos.^{46 47}

Los criterios consensuados que permiten aseverar la existencia de buenas prácticas de la CIS están relacionados con el ciclo de proyectos y son los siguientes:^{46, 47}

1. Identificación. Se tiene en cuenta la demanda del solicitante ante una necesidad estratégica a temas prioritarios y la capacidad del oferente en proporcionarle el apoyo requerido.
2. Formulación y negociación. Se relaciona con la horizontalidad en la negociación, de forma voluntaria, sin condicionamientos ni imposiciones políticas o comerciales, con el consenso entre las partes; incluye la formalización de esta relación en un documento oficial. La existencia de un marco jurídico y legal que permita la transparencia en el uso de los recursos.
3. Implementación y apropiación. Responsabilidad compartida, ventajas económicas para el país receptor, acciones innovadoras, transparencia en la información y la realización de evaluaciones periódicas de la ejecución de los programas de cooperación.
4. Resultados. Las acciones de cooperación deben dejar una capacidad instalada, sostenibilidad de los resultados y replicabilidad, el país donde se ejecuten o en otros.

En la Región de América Latina y el Caribe, existen tres países que durante la segunda década del siglo XXI aplicaron estos criterios y desarrollaron una metodología para la sistematización de experiencias exitosas y de buenas prácticas; que combina los criterios consensuados anteriormente explicados con los principios de la efectividad de la CIS.

Estas naciones, además, cuentan con la doble condición de ser oferentes y receptores de la cooperación, se trata de Chile, México, y Colombia.⁴⁷

La autora de la investigación, con la revisión realizada y los aspectos antes mencionados considera factible aplicar en Cuba el concepto y metodología para la identificación de las buenas prácticas de la CIS que se utilizó en estos tres países, por los elementos siguientes:

- ✚ Expertos cubanos formaron parte del grupo de trabajo conformado por 18 países que desarrollaron en el año 2010 el Programa para el fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur en la región (este tuvo como propósito consensuar y aprobar la definición conceptual y metodología de buenas prácticas de la CIS) al igual que los países antes mencionados. En tal sentido, los elementos que recoge están en concordancia con la posición de Cuba en estos temas.
- ✚ Se ha desarrollado un amplio programa de cooperación desde la década de 1960 con un doble rol como oferente y receptor de la CIS.
- ✚ El marco legal para la cooperación en el país se fortalece, con una mayor relevancia a la cooperación que se recibe, se percibe como un complemento para el desarrollo y se recoge de esa forma en los documentos rectores de la política económica y social.

De forma general, la región de América Latina y el Caribe posee fortalezas que la hacen un referente para la CIS, aspectos en los que participan en un mayor o menor grado los países que la integran, dentro de estas:⁴⁸

1. Solidaridad con enfoque de ampliación de capacidades.
2. La cooperación se direcciona a sectores específicos, horizontalidad entre actores.
3. Se combinan varias modalidades, la cooperación Sur- Sur no sustituye a la tradicional norte-sur; tampoco es subsidiaria ni un instrumento de esta.
4. Se realiza un uso efectivo de las tecnologías, se promueve la transferencia entre países.
5. En general, favorece las relaciones entre países y se promueve la integración.
6. Existencia de referentes de buenas prácticas de la CIS.

I.2. Las transformaciones políticas, económicas y sociales en Cuba, su repercusión en la salud

A partir del 1º de enero de 1959, se establecieron acciones para avanzar de forma sostenida en el desarrollo del SNS. El panorama económico, político y social del país se caracterizaba por:⁴⁹

- ✚ el 85 % de los pequeños agricultores pagaban renta y vivían bajo la amenaza de despojo;
- ✚ el 85 % de las casas de campesinos sin agua corriente, el 90 % no tenía electricidad;
- ✚ el 65 % de los médicos estaban en la capital;
- ✚ la mortalidad infantil en el menor de un año era de 60 por mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer de 58 años;
- ✚ el 62 % de las camas de los hospitales se encontraban en la capital;
- ✚ el 45 % de los niños en edad escolar no asistían a las escuelas (500 000 niños) y;
- ✚ el 23,6 % de la población mayor de diez años era analfabeta.

De forma paulatina se implementó un conjunto de medidas económicas y sociales que incidieron en el bienestar de la población; se realizó una profunda reforma agraria que hizo propietarios a más de cien mil campesinos, se nacionalizaron la industria, la banca, el comercio, los servicios y los transportes. Se aplicó rebaja en los alquileres, tarifas eléctricas, telefónicas, se eliminó la enseñanza privada y se desarrollaron amplios programas de salud.⁴⁹

El depauperado nivel de salud, junto con el bajo nivel de vida, constituyó un reto para el Gobierno Revolucionario, quien tuvo que iniciar un proceso de transformaciones radicales, tanto en las instituciones económicas y sociales, como en el carácter y la práctica de las actividades sanitarias. En los tres primeros años, las acciones que se llevaron a cabo estuvieron encaminadas a resolver los principales problemas de salud que tenía la población y extender los servicios a todo el país, a la par, se comenzó el proceso de integración que culminó en 1970 al desaparecer el subsistema mutualista y establecerse el Sistema Único de Salud.^{9, 11}

Las medidas que se adoptaron en los diferentes momentos sirvieron de punto de partida para lograr el desarrollo actual, a pesar de las agresiones emprendidas por Estados Unidos y el establecimiento del bloqueo económico, comercial y financiero en 1962. En este mismo año, durante la Conferencia de Cancilleres de la Organización de Estados Americanos (OEA) celebrada en Uruguay se expulsó al país de este organismo panamericano y poco después

todas las naciones del continente, a excepción de los Estados Unidos Mexicanos, rompieron sus relaciones diplomáticas y comerciales con Cuba.^{11, 50}

La autora coincide con Delgado García y Pichardo Díaz,⁵¹ al plantear que esta acción no limitó el desarrollo ni visión del país sobre el proceso de transformaciones iniciadas. La voluntad política existente, la concepción de la salud como un derecho humano y una responsabilidad del Estado, fueron las principales premisas para modificar la política sanitaria cubana; se destinó una mayor cantidad de recursos al sector y se amplió la cobertura asistencial en todo el territorio, con recursos humanos y unidades asistenciales.

En la década de 1960 se inició la CIS, tanto la que Cuba ofrece como la que se recibe por diferentes modalidades y vías. El desarrollo del SNS fue de forma continua, sobre la base de los principios de ser único, gratuito, accesible, regionalizado, integral, con una concepción internacionalista y basado en la APS.

I.2.a. La cooperación internacional en salud en Cuba

En los primeros años del triunfo revolucionario el proceso de institucionalización fue de forma homogénea para todas las estructuras organizativas del país, no solo el sector salud avanzó en este sentido. En el caso específico de la rectoría de la cooperación internacional; el Ministerio de Relaciones Exteriores (MINREX) y el Ministerio de Comercio Exterior y la Inversión Extranjera (MINCEX), tuvieron un proceso de avance escalonado en su desarrollo.⁵²

El MINREX, se creó en 1959, con la misión de proponer, ejecutar y controlar el cumplimiento de la política exterior del Estado y el Gobierno, materializó la diplomacia revolucionaria y se acogió a los principios básicos del derecho internacional, entre estos: el respeto a la soberanía, la independencia y la integridad territorial, la autodeterminación e igualdad de los pueblos, el rechazo a la injerencia en los asuntos internos y establecer la cooperación internacional en beneficio e interés mutuo.⁵²

El 23 de febrero de 1961, surgió el MINCEX, con las funciones de dirigir, ejecutar y controlar la actividad de comercio exterior. Además, de preparar y proponer al Gobierno la política integral en cuanto a la colaboración económica con otros países, organizaciones y asociaciones extranjeras, junto a las de coordinar y controlar la ejecución de las acciones de cooperación en el país.^{53, 54}

Como parte del amplio proceso organizativo de la CIS, en 1965 se inauguró la representación de la OPS/OMS en La Habana. Durante los años de las décadas de 1960 y 1970 se renovaron los acuerdos y se firmaron otros que respondían a las necesidades del SNS. Se estableció la forma en que se ofrecía esta cooperación con la firma de un acuerdo entre el Gobierno de la República de Cuba y la OPS/OMS.⁵¹

En este mismo periodo, las primeras agencias del SNU empezaron a formalizar su presencia y a brindar su apoyo, en particular en los sectores de la salud, la cultura, la educación y la agricultura. Desde entonces, acompañan de manera ininterrumpida el proceso de desarrollo económico-social del país y apoyan los objetivos priorizados por el Gobierno cubano en cada momento. Cuba pertenece a todos los fondos y programas que la componen.⁵⁵

La autora coincide con lo expresado en la literatura consultada,⁵⁵ al enunciar que en las últimas seis décadas, la cooperación internacional abarcó un amplio panorama, contribuyó a fortalecer la base científico técnica de la economía cubana, el desarrollo local sostenible, la seguridad alimentaria, a proteger el medio ambiente, respaldar la respuesta nacional ante emergencias y consolidar los logros alcanzados en los sectores de educación y de la salud.

La década de 1990, fue un momento de crisis económica para el país con la ocurrencia del “período especial en tiempos de paz”.⁵⁶ Este escenario provocó serias afectaciones económicas que permearon todos los sectores de la sociedad y de la nación, se produjo una caída abrupta de la capacidad importadora en el 75 % y la exportadora en el 73 %; el PIB descendió a casi el 35 % con un déficit presupuestario del 33 % que generó fuertes contracciones en los programas económicos y sociales. La tasa de inversiones descendió de 26 % al 7%.

A todas las problemáticas que emergieron, también se le añadió el recrudecimiento del bloqueo de los Estados Unidos, con la aprobación de la Ley Torricelli (1992) y años más tarde la Ley Helms-Burton en 1996.^{23, 24}

La afectación sobre la salud tuvo como respuesta la voluntad de mantener los indicadores sanitarios. En este contexto, la CIS jugó un importante rol, no solo por la cooperación técnica con la OPS y las demás agencias del SNU, sino por la diversificación de la cooperación bilateral.^{23, 24}

Según Hadad Hadad¹⁹, la cooperación internacional tiene un rol potenciador en el sector salud, al promover iniciativas acordes a las prioridades nacionales y en estrecha coordinación interinstitucional e intersectorial.

1.2.b. El desarrollo del sistema sanitario cubano

Las transformaciones ocurridas en el país a raíz del triunfo revolucionario en 1959 constituyeron la base para la evolución del sistema sanitario cubano, un proceso continuo que generó desarrollo.

Las investigaciones de Morales Ojeda, Delgado García, Rojas Ochoa y Martínez Calvo,^{12, 26, 57, 58} sobre el tema de estudio que fueron revisadas por la autora, estructuran el desarrollo por etapas, estos son los periodos de tiempo en que se divide la historia del SNS, fases de 10 años cada una que están definidas por importantes acontecimientos y se organizan de la siguiente forma:

-  Etapa I (1960-1969): Integración del SNS.
-  Etapa II (1970-1979): Consolidación del SNS.
-  Etapa III: (1980-1989): Incorporación de desarrollo de la alta tecnología médica.
-  Etapa IV (1990-1999): Preservación de conquistas y su desarrollo en condiciones de crisis económica.
-  Etapa V (2000-2009): Proceso de consolidación y renovación.
-  Etapa VI (2010-2019): Proceso de transformaciones.

En estos estudios se definen y analizan las categorías que determinan cada una de ellas: modelo asistencial, estrategia de desarrollo, actividad epidemiológica y actividad formativa, definidas de la siguiente forma:

- ✚ Modelo asistencial: forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva, abarca la prestación de servicios en los niveles de atención primario, secundario y terciario, la integralidad de las acciones y la orientación de las actividades hacia la comunidad, regulados y financiados por el Estado, bajo los principios de salud como derecho humano, equidad y solidaridad.
- ✚ Estrategia de desarrollo: acciones económicas, políticas y sociales según necesidades identificadas, encaminadas a mejorar los indicadores de salud de la población, la calidad de la atención médica, la satisfacción con los servicios, la eficiencia en el empleo de los recursos y la salud universal.
- ✚ Actividad epidemiológica: orientación preventiva del SNS unido a la decisión política y a las acciones promocionales gubernamentales, bajo una percepción colectiva de la salud, con incidencia en las políticas sanitarias.
- ✚ Actividad formativa: tipos de modelos formativos y transformaciones en los sistemas de enseñanza, según modelo asistencial y estrategias de desarrollo.

La autora coincide con los investigadores,^{12, 26, 57, 58} en que la evolución de estos elementos en el tiempo caracteriza los principales aspectos que constituyen las transformaciones del sistema sanitario cubano. Existieron diferentes momentos de la historia que repercutieron tanto en su desarrollo como en su capacidad transformadora, lo que permitió mantener un avance sostenido, con repercusión e incidencia directa en los indicadores del estado de salud de la población.

Un elemento presente dentro del desarrollo del sistema sanitario cubano es la CIS, sin embargo, no ha estado incorporada en las categorías de análisis de estas investigaciones.

En Cuba existe un amplio programa de CIS, tanto la que se ofrece a otros países a través de la cooperación médica (docente y asistencial) con presencia de profesionales cubanos en todos los continentes, como la que se recibe (en la que el país actúa como receptor), con la presencia de diferentes actores y la ejecución de programas específicos que amplían las capacidades del sistema sanitario cubano.

En el año 2011, se inició un amplio proceso de actualización del modelo económico social, en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC) en abril de 2016 se aprobaron los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, actualizados en el VII Congreso del PCC, en ellos se reconoce el papel de la cooperación internacional y se recogen aspectos fundamentales para mejorar su gestión en el país:⁵⁹

- ✚ Lineamiento 82. Incorporación al Plan de la Economía Nacional y el Presupuesto del Estado, las acciones de cooperación internacional que Cuba recibe y ofrece.
- ✚ Lineamiento 83. Culminar la implementación del marco legal y regulatorio para la cooperación económica y científico-técnica que Cuba recibe y ofrece.
- ✚ Lineamiento 85. Promover la cooperación que se recibe del exterior, de acuerdo con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta el 2030.

Lo anterior, a criterio de la autora, sustenta la importancia que el Estado le concede a la cooperación internacional, como un elemento dinamizador y complemento para el desarrollo nacional al contribuir en la sostenibilidad de las acciones en todas las esferas de la sociedad.

Consideraciones finales del capítulo

El origen y desarrollo de la cooperación internacional en salud a nivel global y regional ha estado definido por importantes acontecimientos políticos. Los temas ideológicos inciden de forma directa y no siempre prevalece el interés por alcanzar importantes metas globales, como reducir inequidades y mejorar la salud de las poblaciones.

La adecuada utilización de los recursos que se adquieren, requiere del fortalecimiento de las estructuras encargadas de su conducción y de la ampliación de las capacidades técnicas tanto en recursos humanos como institucionales. Existe una creciente preocupación a nivel internacional en promover el debate sobre buenas prácticas con el propósito de alcanzar una mayor efectividad de las acciones.

El desarrollo de la cooperación internacional en salud en Cuba está vinculado a las transformaciones económicas y sociales generadas a partir del triunfo revolucionario y al proceso de institucionalización que se instauró desde los primeros momentos. Está presente en los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Es considerada un complemento para el desarrollo.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA PARA FUNDAMENTAR LA
CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA
SANITARIO CUBANO

CAPÍTULO II METODOLOGÍA PARA FUNDAMENTAR LA CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO

El propósito de este capítulo es presentar las etapas por las que transcurrió la investigación y la metodología empleada. Incluye la clasificación del estudio y la explicación de los elementos metodológicos que lo caracterizan. Se describen las técnicas, procedimientos utilizados para la recolección, procesamiento de la información, instrumentos aplicados y los aspectos éticos considerados para su desarrollo.

II.1. Clasificación del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal retrospectivo con el empleo de técnicas cualitativas mediante la aplicación de métodos teóricos, como el histórico-lógico y el analítico-sintético, los cuales, en su conjunto, permitieron revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación no observables directamente. De esta forma se cumplió con una función gnoseológica importante, al posibilitar la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados, junto a la construcción y desarrollo de la argumentación científica de los resultados alcanzados.

Dentro de los métodos empíricos sobresale la observación y el método vivencial, al tener en cuenta en esta investigación las experiencias, conocimientos y habilidades de la autora, con veinte años de trabajo en la actividad de la cooperación internacional dentro del sistema.

El método histórico lógico, permitió determinar la lógica evolutiva de la contribución de la cooperación internacional al desarrollo del sistema sanitario cubano en el periodo 1960-2019. La división por etapas facilitó establecer su relación entre la historia y la esencia de dicho fenómeno; se tuvo presente que cada fuente histórica lleva implícita la huella de su tiempo y refleja la evolución del sistema a través del prisma de cada periodo que se estableció.

Su aplicación permitió estudiar las vías, formas y resultados de la cooperación internacional recibida en cada momento evolutivo del SNS, donde los intereses, necesidades y posibilidades reales incidieron de forma directa, junto a las transformaciones económicas, políticas, sociales, culturales e institucionales del país, con el establecimiento de momentos de continuidad, superación y ruptura, como elementos de la lógica dialéctica que incidieron en el desarrollo del sistema sanitario cubano.

Se pudo definir, además, los aspectos más importantes de cada actor o modalidad de cooperación, su esencia, vinculación, contradicciones y sus conexiones fundamentales, entre ellos y con el propio sistema sanitario. No se limitó a la descripción o explicación de los hechos, sino a la definición de la contribución realizada al desarrollo del SNS, con diferentes grados de interrelación, subordinación y coordinación, elementos que incidieron de forma directa en su evolución y una contribución para su memoria histórica.

Lo anterior se logró con la aplicación de técnicas cualitativas, dentro de estas, la lluvia de ideas y la entrevista en profundidad, realizadas a expertos elegidos por su nivel de implicación en las diferentes aristas del objeto de estudio, a través de las cuales se obtuvieron criterios, valoraciones ricas en matices y vivencias, que permitieron no solo establecer el orden de frecuencia decreciente en la aparición de elementos comunes y diferentes de las categorías y dimensiones de la investigación, sino procesar la información con las más diversas variantes.

Se complementó con la revisión documental que incluyó textos normativos de Cuba y de la cooperación internacional, siempre oportuna para apoyar determinados hechos, cifras, decisiones y valoraciones, a la vez que permitió comprender el componente institucional que atraviesa al objeto de investigación a lo largo del tiempo.

Se trianguló la información que se obtuvo de la revisión documental, las entrevistas y las propias valoraciones de la autora emitidas sobre la base de su experiencia y vivencias, lo que permitió

tener una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno en cuestión, enriquecer el estudio y brindar la oportunidad de realizar nuevos planteamientos, para llegar a las conclusiones a las que se arribó con esta investigación.

II.2. Método

II.2.a. El método histórico-lógico

El método histórico-lógico, permitió colocar en el centro del análisis un pensamiento que facilitó fundamentar la reconstrucción teórica de la realidad socio-histórica en la que se desarrolla el objeto de estudio desde una visión sistémico-relacional (dialéctica, en otras palabras) que destruye la aparente independencia de los procesos y fenómenos para colocar en su lugar una perspectiva integradora de la realidad.

Permitió, además, determinar, desde una concepción basada en la no-linealidad sobre la linealidad, la complejidad sobre la simplificación y el pensamiento dialéctico sobre el rígido paradigma del positivismo, los momentos de continuidad, superación y ruptura del devenir histórico de la contribución de la CIS al desarrollo del sistema sanitario cubano.

Esta perspectiva metodológica condujo a orientar la argumentación científica en tres direcciones fundamentales:

- (a) El logro de una lógica relacional, donde cada hecho y momento de la CIS que se analizó adquirió su significado y concreción histórica solamente en interrelación dialéctica con el todo;
- (b) La construcción de un conocimiento que dio cuenta de la complejidad e historicidad de la contribución de la CIS al desarrollo del sistema sanitario cubano como fenómeno social complejo; o sea, como un fenómeno que no admite descripciones lineales (donde existe una secuencia predecible y apacible entre la causa y el efecto), apriorismos absolutos (aquellos que

supuestamente existentes desde siempre en la razón humana), ni tesis incapaces de ser refutadas (donde no hay forma de demostrar su validez o falsedad).

(c) La aplicación de una perspectiva crítica del devenir histórico del objeto de estudio.

En el caso concreto de esta investigación este último aspecto significa, comprender que la CIS es resultado de la actividad humana y por tanto, plasmación de sus potencialidades positivas y negativas, que su historia no proviene de la razón providencial de la armonía preestablecida, ni el triunfo metafísicamente predeterminado del bien sobre el mal, sino la historia de la lucha consciente de hombres, mujeres e instituciones por contribuir a crear las condiciones necesarias para alcanzar el mejoramiento continuo e integral de la salud pública cubana.

Desde esta plataforma argumental se logró:

- a) la descripción de la cooperación internacional en salud recibida por Cuba desde 1960 hasta 2019.
- b) la caracterización de la influencia de la cooperación internacional recibida en las diferentes etapas del desarrollo del sistema sanitario cubano.

Se delimitó no solo el momento en que se inició la cooperación con cada uno de los actores involucrados, sino las condiciones nacionales e internacionales políticas, económicas y sociales que incidieron, el grado de participación en los programas sanitarios acorde a las necesidades y posibilidades reales de las partes involucradas, desde una concepción horizontal de la cooperación y los resultados alcanzados en las diferentes etapas.

- c) la identificación de las experiencias y buenas prácticas de la cooperación internacional en salud como parte de la memoria histórica del sistema sanitario cubano, con la adecuación y aplicación de la metodología aprobada en el Programa para el fortalecimiento de la cooperación

horizontal, Sur-Sur y triangular en Iberoamérica, aprobado por el órgano rector de la cooperación internacional en el país (MINCEX) al ser Cuba uno de los países que participó en su ejecución. La investigación se dividió por etapas, lo que permitió dar respuesta a los objetivos planteados.

II.3. Estructura de la metodología por etapas

II.3.a. Primera etapa

En ella se describe la cooperación internacional en salud recibida por Cuba en el periodo 1960 - 2019.

II.3.a.1. Técnicas

II.3.a.2. Técnicas de lluvia de ideas

Se utilizó la técnica de lluvia de ideas para la realización del mapeo de actores claves (MAC), herramienta que permitió no solo identificarlos, sino establecer prioridades, de acuerdo con la agencia o cooperante, el programa ejecutado, los objetivos de sus acciones, la relación entre ellos e influencia sobre la cooperación que el país recibió en la salud en el periodo estudiado.

En la preparación de la lluvia de ideas se procedió al planteamiento de objetivos, la selección de participantes, la preparación, organización y desarrollo del tema, el análisis de la información, así como la elección del lugar de realización.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional, de modo que fueran personas que, por su conocimiento y participación directa en el objeto de estudio, pudieran proporcionar información sobre las categorías objeto de análisis.

Los criterios de selección fueron los siguientes: expertos nacionales que trabajaron en el MINSAP y MINCEX, con más de cinco años de desempeño en los departamentos de cooperación de ambos organismos, con participación directa en las acciones de planificación, seguimiento y control de la cooperación en salud y que, además, en algún momento realizaron

funciones de coordinación de proyectos o dirección. En total fueron diez expertos, seis del MINSAP y cuatro del MINCEX.

El local elegido poseía las condiciones adecuadas de espacio, ventilación y buena iluminación. Se utilizó una sala de reuniones, lo que permitió una buena visibilidad e intercambio entre los participantes y entre ellos y la moderadora, todos a un mismo nivel. Se contó con una pizarra para plasmar las ideas expresadas y los medios de grabación de la técnica con autorización de los participantes, aspecto necesario para el posterior análisis de contenido.

La moderadora explicó los objetivos, la importancia de la realización, las razones de la selección de los participantes, cada uno se presentó y se expuso la dinámica de trabajo que se utilizó durante la sesión, las reglas que debían seguir, sobre todo no criticar a los demás y que las ideas generadas podían salir a la luz con total libertad.

En la fase central la moderadora dirigió la conversación hacia la temática esencial a partir de la introducción y los objetivos del tema seleccionado. Se utilizó el tipo de lluvia de ideas directo, con las interrogantes: ¿Cómo Cuba ha canalizado la CIS recibida en el periodo 1960 - 2019? ¿Cuáles son los actores, modalidades y programas de la CIS que se recibe?

El debate transcurrió de manera armónica, sobre la base del respeto y con la participación de todas las personas. Fueron necesarias dos sesiones de lluvia de ideas con una duración de una hora cada una para alcanzar el propósito previsto. En los primeros 10 minutos se realizaron ejercicios de motivación, los siguientes 25 minutos se utilizaron en la generación de ideas. El tiempo restante se utilizó en el análisis, la síntesis y la combinación de todas las ideas.^{60, 61}

Como resultado, se elaboró entre todos, una lista de las agencias de cooperación del SNU, ONG y/o agencias de cooperación internacional que cumplieron con los siguientes requisitos:

- ✚ incidieron de manera significativa en el desarrollo y fortalecimiento del SNS;
- ✚ poseen información, conocimiento y experiencia de cooperación en salud de utilidad e,

✚ influyeron sobre otros cooperantes para el desarrollo de la cooperación en salud.

Al identificarlos, se clasificaron en grupos acorde al tipo de cooperante: bilateral, multilateral y alianzas globales en salud. (Anexo 1)

Se tabuló la lista, se incorporaron las relaciones y roles de cada actor, de forma que no solo fuera su identificación, sino se establecieron las relaciones de cooperación existentes, los motivos por los cuales se vinculan en pos de alcanzar un objetivo y el logro de resultados, definidos de la siguiente forma: a) relaciones predominantes entre actores: a favor (predominan relaciones de colaboración), indeciso/indiferente y en contra (predominan relaciones de conflicto), y b) niveles de poder o influencia sobre otros actores: alto (alta influencia sobre los demás), medio (mediana influencia sobre los demás) y bajo (no hay influencia sobre los demás).

Con la información revelada tanto en forma primaria como secundaria y el análisis posterior, se plasmaron los datos en esquemas visuales que permitieron realizar interpretaciones.

Se confeccionó una matriz donde se ubicaron los actores identificados según su grado de relación y rol en la cooperación en salud, para generar una organización visual mediante la cual fue posible clasificarlos de la siguiente forma: a) los actores prioritarios en el desarrollo del SNS (son los que han desarrollado una cooperación mantenida y sostenida en el tiempo, con programas específicos y creación de capacidades), b) los de interés por la cooperación que brindan, pero requieren de una acción intencionada para movilizarse (realizan una cooperación importante en volumen financiero en periodos de tiempo específicos y tienen complejos procesos de planificación y negociación), c) los actores que pueden ser útiles como fuentes de información, o para ayudar a movilizar a otros en función del SNS (realizan acciones de menor incidencia, pero tiene un importante rol en la divulgación, promoción de las potencialidades del SNS y atraen a otros actores de la cooperación) y d) los que sus acciones tienen menor incidencia en el SNS (cooperación en menor escala, por poco tiempo y sin continuidad).⁶²

Finalmente, se elaboró un gráfico que facilitó la identificación de actores potenciales y estratégicos para este propósito de estudio, disponible en el capítulo de resultados.

II.3.b Segunda etapa

En ella se caracteriza la influencia de la cooperación internacional recibida en las diferentes etapas del desarrollo del sistema sanitario cubano.

II.3.b.1. Técnicas

II.3.b.2. Revisión y análisis documental

Por medio del análisis documental fue posible acreditar hechos relacionados con la investigación y completar la información proveniente de expertos.

El propósito fue establecer la actuación de los sujetos, las instituciones y organizaciones, el contexto en que se desarrollaron los eventos y detallar situaciones que motivaron decisiones en cuanto a la participación de la CIS en las diferentes etapas de desarrollo del sistema sanitario cubano. Se analizaron los documentos contentivos de esta temática de forma general y en sus variantes: bilateral, multilateral, triangular y Sur-Sur, se sintetizó la información en correspondencia con su contribución en el desarrollo y resultados del SNS.

Para la revisión se consideraron: la accesibilidad de los documentos, la veracidad, totalidad del texto y su grado de confiabilidad en la información contenida, según tipo, nivel de aprobación y ejecución. Se tuvo en cuenta la guía de análisis de contenido confeccionada. (Anexo 2)

Las fuentes primarias de información se obtuvieron de los materiales básicos de la investigación de la historia del SNS, disponibles en formato digital e impresos, presentes en el MINSAP, la Escuela Nacional de Salud Pública, MINCEX, MINREX y en las diferentes agencias internacionales. (Anexo 3)

Como resultado, se recopiló información relacionada con el problema de investigación, se analizó acorde a las condiciones nacionales e internacionales que incidieron tanto en las

transformaciones del SNS, como en la forma que se gestionó la CIS en cada una de ellas y se definieron los aspectos que las caracterizan, se procesaron según las categorías de análisis utilizadas, las que fueron detalladas en el capítulo I de la investigación: etapa, modelo de desarrollo, modelo asistencial, actividad de recursos humanos, actividad epidemiológica y actividad de cooperación internacional. Se organizaron en orden de frecuencia decreciente para de esta forma precisar la información obtenida.

II.3.b.3. Entrevistas en profundidad

Se seleccionaron 29 expertos, mediante técnica de muestreo intencional, de modo que fueran personas que por su conocimiento y participación directa en el objeto de estudio proporcionaran información sobre las categorías de análisis. Los expertos fueron nacionales y extranjeros.

En el primer caso cumplieron los requisitos de trabajar directamente en la ejecución de programas y/o proyectos de cooperación en salud por más de cinco años, ya fuera como especialistas, coordinadores o con cargos de dirección en esta área en el MINSAP o el MINCEX.

Para los expertos extranjeros: que fueran funcionarios del SNU, de Agencias de Cooperación u ONG, con tres o más años de trabajo permanente en el país en acciones de cooperación en salud de forma directa, ya fuera como coordinadores y/o representantes.

Los expertos entrevistados fueron:

- Directivos y funcionarios del MINSAP, (diez): Dirección de Relaciones Internacionales (tres), Área de Epidemiología (tres) Área de Asistencia Médica (tres) y Área de Economía (uno).
- Directivos y funcionarios del MINCEX, (ocho): Dirección de la Colaboración que se Recibe (cuatro) y Dirección de Organismos Económicos Internacionales (cuatro).
- Representantes y funcionarios del SNU, Agencias de Cooperación y ONG, (11). De estos, (seis) corresponden a las agencias acreditadas en el país: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), PNUD, Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de Población

de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la OPS/OMS y (cinco) a las Agencias de Cooperación y ONG radicadas en el país (un representante de cada una); Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Agencia Francesa para el Desarrollo (AFD) MEDICUBA Suiza, MEDICUBA Europa y Agencia Suiza para la Cooperación (COSUDE).

Para las entrevistas en profundidad, la investigadora primero contactó a cada experto, le explicó el objetivo de la investigación, solicitó su disposición a participar en ella a partir de su experiencia y se firmó un consentimiento. Se dialogó sobre los aspectos que versaría la entrevista con vistas a su preparación, para lo cual contaron con 15 días de antelación.

Las entrevistas se realizaron cara a cara, reunieron los criterios de confidencialidad, se siguió el guión confeccionado en base al objeto de estudio y la literatura del tema previamente compartida, en un ambiente tranquilo, con una duración promedio de 45 minutos, con ese tiempo se alcanzó el punto de saturación de las mismas.⁶⁰ Por tratarse de expertos nacionales y extranjeros, el guión estuvo en dependencia del tipo de entrevistado. (Anexos 4, 5 y 6)

Todas fueron grabadas, transcritas y analizadas en dos oportunidades, con el propósito de asegurar el proceso de categorización y teorización de la información. Se desarrolló una tabla de vaciamiento que le permitió a la investigadora analizar y procesar la información para finalmente llegar a los resultados.⁶⁰ (Anexo 7)

II.3.c. Etapa 3

En ella se identificaron las experiencias y buenas prácticas de la cooperación internacional en salud como parte de la memoria histórica del sistema sanitario cubano.

II.3.c.1. Técnicas de recolección de la información

Se utilizó la revisión documental y las entrevistas en profundidad, ambas detalladas y explicadas

en la etapa 2 de la investigación.

El proceso de identificación de buenas prácticas para la cooperación se organizó en tres pasos: revisión teórica de documentos específicos de buenas prácticas de la CIS, establecimiento de criterios de buenas prácticas y su incorporación en el guion de entrevistas en profundidad.

II.3.c.2. Paso 1: Revisión teórica

Como parte de la revisión bibliográfica se consultaron los siguientes documentos:^{47, 63, 64, 65}

- Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur.
- Manual de buenas prácticas en Cooperación Sur-Sur Triangular de Chile: Criterios y Metodología de Selección de Casos de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile.
- Guía de buenas prácticas de Colombia para la Cooperación Sur-Sur de la Agencia de Cooperación Internacional de Colombia.
- Buenas Prácticas de Cooperación Internacional para el Desarrollo entre el Sistema de Naciones Unidas y el Gobierno de México.

Se utilizó la definición conceptual y los criterios de buenas prácticas de la CIS adoptados por la Secretaria General Iberoamérica, especificados en el capítulo I de esta investigación.

II.3.c.3. Paso 2: Establecimiento de criterios de buenas prácticas

Tras la revisión teórica explicada en el capítulo I y de adaptar al contexto cubano estos elementos, se seleccionaron 13 criterios de buenas prácticas de la CIS. Cada uno está en correspondencia con los principios de la Declaración de París sobre la efectividad de la ayuda, las fases del ciclo de proyectos (identificación, formulación, implementación, resultados) y los elementos conceptuales de buenas prácticas de la CIS.

Para determinarlos se utilizó una metodología basada en la combinación de las fuentes de información señaladas anteriormente las que son complementarias e interrelacionadas, utilizadas por organismos internacionales, investigadores y países como: México, Chile y Colombia.^{63, 64}

Principios de la declaración de París	Fases de formulación de proyectos	Criterios de buenas practicas
Apropiación	Identificación,	1. Necesidad previa, pertinencia y capacidad del oferente en el tema
Alineación	Formulación	2. Equidad
Apropiación	Identificación	3. Inclusividad
		4. Marco institucional
Alineación	Identificación	5. Aprovechamiento de capacidades sectoriales
	Implementación	6. Horizontalidad
Armonización	Formulación	7. Consenso, transparencia
Mutua responsabilidad	Implementación	8. Aprendizaje mutuo
Gestion orientada a resultados	Implementación	9. Eficacia
	Resultados	10. Eficiencia
		11. Transferible, replicabilidad
		12. Impacto positivo y medible
		13. Sostenibilidad

Para su aplicación, cada criterio se relacionó a cuatro temáticas estratégicas, lo que determina el grado de cumplimiento. En el contexto de esta investigación, la clasificación de una acción como buena práctica está vinculada a altos niveles de exigencia. De este modo, para definir una buena práctica de la CIS en Cuba, es necesario que se cumpla con al menos 10 de los 13 criterios definidos, y contar con 40 temas del total de los 52 descritos. (Anexo 8)

II.3.c.4. Paso 3: Incorporación en el guion de la entrevista en profundidad

Los criterios fueron incluidos en el guion de las entrevistas en profundidad realizadas a los 29 expertos nacionales y extranjeros seleccionados. Hay que señalar que la metodología aplicada no constituye un mecanismo de evaluación, sino una guía para facilitar la identificación de buenas prácticas de la CIS.

II. 3.d. Triangulación de la información obtenida por las diferentes técnicas empleadas

Se realizó triangulación de los datos obtenidos por las diferentes fuentes utilizadas: la revisión documental, la lluvia de ideas y las entrevistas en profundidad.

Esto permitió verificar y contrastar la información que se obtuvo en cada una de ellas, proporcionó una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación de la CIS al desarrollo del

sistema sanitario cubano, lo que unido a las valoraciones de la autora, como parte del método vivencial aportaron un valor agregado a la investigación, con el propósito de tener una mayor comprensión para llegar a conclusiones más rigurosas y profundas sobre el objeto de estudio.

La triangulación constituyó una herramienta enriquecedora que le confirió rigor, profundidad y complejidad a la investigación, permitió dar grados variables de consistencia a los hallazgos.

II. 3.e. Procesamiento de la información

Se aplicó el modelo Modelo Big6™, que permitió la búsqueda y organización de la información, como herramienta para la gestión de la información, definido como un proceso sistemático de solución de problemas de información con base en el pensamiento crítico.⁶⁵ Se definieron las proposiciones de búsqueda sobre el problema de estudio y se identificaron las fuentes de información a utilizar, tanto documentales como no documentales.

En las fuentes documentales fueron revisadas fuentes primarias publicadas de las que se obtuvieron más de 150 artículos en internet, Biblioteca Virtual de Salud y otras fuentes en red relacionadas con el tema, tales como: <http://www.scielo.org/php/index.php>, <https://www.academia.edu/>, revista cubana de salud pública, revista panamericana de la salud, PubMed, sitios oficiales del SNU y de organizaciones internacionales en idiomas español e inglés, que abarcan el periodo de tiempo en que se enmarca la investigación. Se utilizaron como palabras clave: cooperación internacional, sistema sanitario cubano, cooperación internacional en salud, buenas prácticas.

Esta información se sometió al análisis de contenido y se presentó en relación con este tipo de estudio, por lo que en su generalidad aparece en forma discursiva. Para el procesamiento de la información y de los textos de la investigación, se utilizó el programa Microsoft Word 2010 del Microsoft Office 2010.

II.3.f. Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta lo establecido en la Guía Ética Internacional para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (Helsinki 2013), específicamente los artículos relacionados con la privacidad, confidencialidad de los datos aportados y el consentimiento informado.⁶⁶ El completamiento y aplicación de los instrumentos no tuvo afectación psíquica, física ni de índole laboral.

Se solicitó antes de la realización de las técnicas de indagación cualitativa: lluvia de ideas y entrevistas en profundidad, el consentimiento informado mediante acta, donde se especificaba que la información obtenida no tendría repercusión personal alguna y sería utilizada exclusivamente en función de esta investigación, esto garantizó el anonimato, la privacidad, confidencialidad de la información y permitió la libre participación de los involucrados. Fueron aplicadas en lugares apropiados sin la presencia de personas no involucradas en la investigación. (Anexo 9)

Consideraciones finales del capítulo

La aplicación de los métodos histórico lógico y vivencial permitieron la obtención de información con la utilización de técnicas cualitativas, las que posibilitaron disponer de valiosa información para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Se establecieron y analizaron los diferentes momentos de continuidad, ruptura y desarrollo de la contribución de la cooperación internacional en salud en las diferentes etapas evolutivas del sistema sanitario cubano, como parte del conocimiento científico en la salud pública.

Resulta de gran valor la contextualización en el escenario cubano de la metodología de identificación de buenas prácticas conciliada y utilizada en la región, lo que permitió la realización de un análisis más amplio de la influencia de la cooperación internacional en salud en el sistema sanitario cubano.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO. 1960-2019

CAPITULO III. RESULTADOS DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL AL DESARROLLO DEL SISTEMA SANITARIO CUBANO. 1960-2019

De acuerdo con la metodología de trabajo, en este capítulo se expone la contribución de la cooperación internacional al desarrollo del sistema sanitario cubano en el periodo comprendido desde 1960 hasta 2019, se describen los actores y la incidencia de las acciones de CIS en las diferentes etapas de desarrollo del SNS. Se identifican los criterios existentes en el país para las buenas prácticas de la cooperación que se recibe.

III.1. La cooperación internacional en salud recibida por Cuba en el periodo 1960-2019

La CIS presenta un abordaje individualizado en cada país, su enfoque se corresponde directamente con las relaciones internacionales y la política exterior. En el caso cubano, se basa en los valores de la solidaridad, el humanismo, el respeto irrestricto a la soberanía, las leyes nacionales, la cultura, la religión y la autodeterminación de los estados. Se rechaza su utilización como instrumento político de injerencia en sus asuntos internos. Constituye un espacio para el intercambio de conocimientos y el beneficio mutuo de las naciones en múltiples áreas.⁵¹

Estos aspectos fueron revisados por la autora en la literatura consultada, en los cuales quedan definidos los principios que la determinan, independientemente de la modalidad o el actor que esté involucrado, ^{51, 52, 53} entre los cuales se destacan los siguientes:

- ✚ no aceptar condicionamientos de tipo económico, político o social que conlleve una injerencia en los asuntos internos o contra los principios de la Revolución;
- ✚ estar dirigida, a las prioridades establecidas por el gobierno y en ningún caso favorecer sectores de la población por razones étnicas, religiosas o de nacionalidad;
- ✚ no permitir la creación de sistemas de servicios sociales o de distribución de los recursos paralelos a los establecidos por el estado cubano;

- ✚ las contrapartes cubanas garantizan los recursos humanos, materiales y financieros durante la ejecución del proyecto y su sostenibilidad. Los recursos de la colaboración económica están en función de cumplimentar los objetivos para los cuales se aprueba el proyecto y;
- ✚ las entidades cubanas, las organizaciones de masas y sociales, asociaciones, fundaciones y sociedades civiles legalmente constituidas, sólo podrán desarrollar proyectos de colaboración en correspondencia con su objeto social o actividad fundamental para la cual están autorizadas.

Lo anterior permite dirigir la CIS a las prioridades establecidas. Como resultado del trabajo que se realizó con el grupo de expertos del MINCEX y del Departamento de la Cooperación que se Recibe del MINSAP, se identificaron las fuentes de la cooperación internacional en el país, estas son: los gobiernos centrales que financian las agencias de cooperación con líneas de trabajo específicas, los gobiernos locales que ejecutan acciones descentralizadas, las fundaciones, ONG, institutos de investigaciones, movimientos de solidaridad y las agencias del SNU.

Lo anterior indica la multiplicidad de fuentes de colaboración, valoración que coincide con las investigaciones de carácter nacional e internacional de Nervi Laura y Cabrera Pérez,^{1,29} realizadas sobre este tema.

La variedad y diversidad de actores es un fenómeno dual, este puede ser positivo o negativo para una nación, todo depende de las capacidades técnicas del país receptor y del marco legal normativo que cada cooperante encuentre a su llegada, parte fundamental de las negociaciones que se realizan a nivel de las diferentes estructuras de gobierno involucradas en el seguimiento y control de la cooperación internacional.³²

En la figura 1 se evidencia la diversidad de los actores de la cooperación en Cuba, que trabajan de forma simultánea en proyectos con objetivos similares. Sin embargo, no se superponen

actividades, sino se potencian los resultados, al concentrarse las acciones de diversos los cooperantes en intereses comunes de un territorio.

Estos aspectos se recogen en la metodología existente en el país para el seguimiento y control de la cooperación, hallazgo en concordancia con las publicaciones de Hadad Hadad y Cabrera Pérez.^{19, 29, 32}

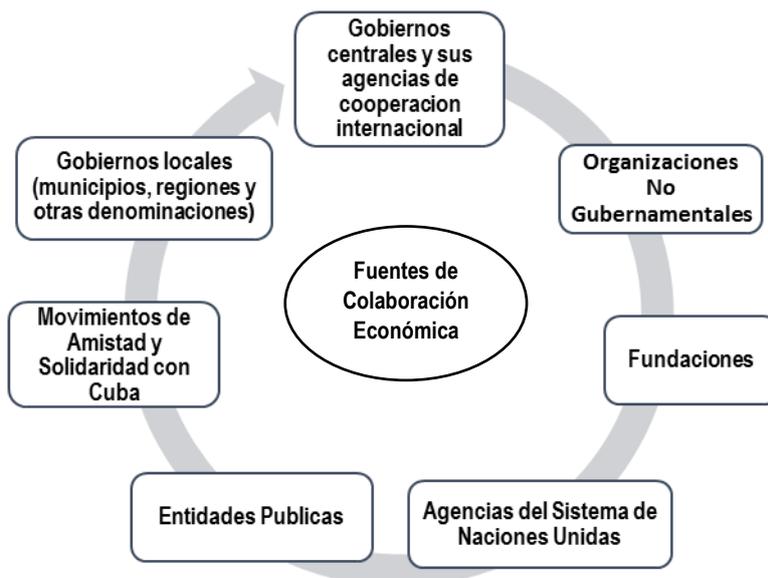


Figura 1: Fuentes de cooperación internacional en el país.

Fuente: Datos obtenidos en la Resolución 15/2006 del MINCEX.

Se coincide con los investigadores Rodríguez Pérez y Cabrera Pérez.^{22, 29, 32} al afirmar que el éxito de las acciones de cooperación radica en alcanzar una armonización e integración de las metas, propósitos regionales y/o globales con las estrategias nacionales y concebir a la cooperación como una fuente de recursos que complementa los esfuerzos nacionales en el desarrollo económico y social.

Como resultado de la técnica de lluvia de ideas que se realizó con el grupo de expertos, se organizaron los actores de la cooperación según las modalidades establecidas en el país en dependencia de su nivel de incidencia. Este puede ser de manera significativa (positiva o

negativa) en una intervención, o en otros casos son importantes para que una situación se manifieste de determinada forma, lo que se corresponde con la bibliografía revisada.²⁹

Además, se precisó en cada actor el momento en que inició la cooperación, su evolución en el tiempo y acciones desarrolladas. Para su mejor comprensión se agruparon de la siguiente forma:

- ✚ Actores de la cooperación multilateral (organismos internacionales, regionales o subregionales).
- ✚ Alianzas globales en salud (fondos, programas y agencias especializadas que constituyen entidades independientes).
- ✚ Actores de la cooperación bilateral (entidades independientes y las de carácter gubernamental).

III.1.a. Actores de la cooperación multilateral

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS

La cooperación con la OPS se remonta al año 1902, con la presencia activa de profesionales cubanos desde su surgimiento. La OMS se estableció en 1948 y desde ese momento Cuba es estado miembro. Por ser ambas organizaciones específicas para salud, corresponde al MINSAP ser la contraparte técnica y metodológica en el país.

Posterior al año 1959 se fortaleció esta relación, se abrió la representación y de forma conjunta se iniciaron los ejercicios de planificación, seguimiento, control y evaluación de esta cooperación. Inicialmente amparados legalmente por cartas-convenios y posteriormente por la definición de la estrategia de cooperación para cuatro años, ejercicio que permitió armonizar los objetivos de trabajo de las referidas organizaciones con las prioridades identificadas en el país a corto, mediano y largo plazos. Sus acciones se enfocaron al desarrollo y fortalecimiento del sistema en todos los sentidos.^{67, 68}

Con la entrada al nuevo siglo, se produjo una reorientación de la cooperación hacia el ámbito local, con activa participación de los gobiernos y comunidades. Se realizaron proyectos de salud y desarrollo, con repercusión a nivel territorial y coordinado con otras las agencias del SNU y ONG. De esta forma, se inició el trabajo entre agencias, una forma de potenciar los resultados y la efectividad de las acciones, incluida la modalidad de ayuda ante emergencias y desastres naturales, aspectos que se corresponden con la bibliografía revisada.^{22, 29, 51, 69}

La autora concuerda con autores nacionales e internacionales como Brito Quintana, Delgado García, De la Torre Montejo, Hadad Hadad y Cabrera Pérez,^{8, 11, 15, 19, 29} al expresar que las capacidades que el país alcanzó en términos organizativos permitieron vincular las necesidades crecientes a las capacidades de recursos, tanto financieros como humanos que posee este organismo internacional.

- Agencias del Sistema de Naciones Unidas

El trabajo con el grupo de expertos permitió establecer una cronología temporal de los principales momentos de esta colaboración en el país, la cual se resume a continuación:⁵⁵

1950	Apertura de la oficina en La Habana de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO
1965	Apertura de la representación de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS
1968	Apertura de la oficina de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO
1973	Apertura de la oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD
1986	Primer Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas SNU
1990	Apertura de la oficina del Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población UNFPA (1974: primer programa de cooperación UNFPA-Cuba)
1992	Apertura de la oficina del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (colaboración desde los años 60)
1993	Apertura de la oficina del Programa Mundial de Alimentos PMA (primera intervención en Cuba en 1963)
2007	Firma del primer marco de cooperación, MANUD 2008-2012, entre la República de Cuba y el Sistema de las Naciones Unidas en el país

2013	Firma del Plan de Cooperación para el periodo 2013-2017 (MANUD)
2018	Nuevo ciclo de Cooperación con Naciones Unidas y con OPS se firma la Estrategia de Cooperación de País hasta el 2022

Los siete organismos de las Naciones Unidas presentes en el país son parte del desarrollo en diferentes sectores y su trabajo responde a las necesidades nacionales en cada momento.

UNESCO: es el organismo especializado para la cultura y la comunicación, se creó en noviembre de 1945. En 1950 inauguró su oficina en La Habana y cubre tres funciones: es la Oficina Regional de Cultura para América Latina y el Caribe, Oficina Multipaís del Caribe Latino (Cuba, República Dominicana, Aruba, Haití) y Oficina de Representación para Cuba, Aruba y República Dominicana.⁵⁵

La FAO, empezó de manera sistemática a partir de 1959, a través de especialistas que prestaban sus servicios en las ramas pesquera y forestal. En el año 1968 abrió la oficina en Cuba. Su principal función es apoyar y asegurar que las personas tengan acceso regular a alimentos de buena calidad, que les permitan llevar una vida activa, saludable y además se ocupa de la seguridad alimentaria.⁵⁵

El PMA comenzó sus relaciones en diciembre de 1961, sus operaciones se iniciaron con la ayuda ante una situación de emergencia a las personas afectadas por el huracán Flora. En 1985, se subordinó directamente al Representante Residente del PNUD, en 1993 estableció sus propias instalaciones. Trabaja en temas relacionados con la nutrición y seguridad alimentaria.⁵⁵

El PNUD se creó en noviembre de 1965, en 1972 se firmó el primer programa de cooperación. Desde entonces se realizaron nueve ciclos de cooperación quinquenales, entre las estrategias y planes se destacan; el desarrollo humano local, medio ambiente, energía, desastres naturales, VIH/sida y género. Mantiene un enfoque de derechos y de apoyo a las políticas públicas dirigidas a mantener los avances sociales.⁵⁵

UNICEF se estableció en diciembre de 1946. La colaboración con Cuba inició en la década del 1960 vinculado a los primeros planes nacionales de vacunación, en 1992 abrió la oficina de país. Su trabajo se enfoca en la calidad de servicios de atención materno-infantil, salud del adolescente, nutrición, desarrollo y situaciones de emergencia. Trabaja con instituciones gubernamentales en todos los niveles, además del MINSAP, con el Ministerio de Educación, el Centro de Estudios de la Juventud y la Comisión Nacional de Seguridad Vial.⁵⁵

UNFPA, se creó en julio de 1967. La cooperación inició en 1971, en 1974 se firmó el primer acuerdo de colaboración con Cuba. Desde 1975 hasta la actualidad, se desarrollaron nueve ciclos de cooperación. Su misión es promover el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. En salud trabaja en todo el curso de vida, desde los niños hasta los ancianos, salud materna, planificación familiar, promoción de salud y fortalecimiento de las estadísticas sanitarias.⁵⁵

La cooperación con el SNU es rectorada por el MINCEX. En el proceso de planificación participan autoridades nacionales de todos los sectores involucrados en la preparación del programa de país, definido en el marco de cooperación estratégica del SNU con el Gobierno de Cuba, el último se firmó en el 2013 para el período 2014-2018 y se extendió hasta 2019.

Los recursos totales planificados para este ciclo fueron de 151,8 millones de dólares. Las prioridades nacionales se dirigieron a los temas de dinámica poblacional, calidad, desarrollo, sostenibilidad de los servicios sociales y culturales; desarrollo económico sostenible; seguridad alimentaria, nutrición, sostenibilidad ambiental y gestión de riesgo de desastres.⁵⁵

Se constató que el mecanismo de planificación del trabajo de estas agencias es similar para todos los países. En el caso cubano difiere en cuanto al marco jurídico y la gestión de esta cooperación, al organizarse y regularse directamente por un Organismo de la Administración Central del Estado. En la definición del programa de cooperación existe participación

intersectorial, lo que favorece la existencia de múltiples actividades, en correspondencia con las capacidades y potencialidades existentes para la ejecución de estas acciones.^{32, 38, 55}

- Agencia de Naciones Unidas para la lucha contra el sida (ONUSIDA)

Se estableció en 1996 con el objetivo de coordinar la respuesta internacional a la epidemia y actuar como garante de la acción global concertada contra el sida. Las organizaciones del SNU que lo copatrocinan son: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNESCO, OMS, la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (UNODC), ONU Mujeres, Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Banco Mundial.⁷⁰

En Cuba, desarrolló proyectos de apoyo al programa nacional de control de las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida desde finales de la década de 1990 hasta la actualidad, con una importante contribución en asesorías, adquisición de medicamentos y creación de capacidades. Sus acciones se vincularon a las realizadas por el FMLSTM a partir del año 2003 y a la OPS/OMS.⁷¹

- Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA)

Cuba es miembro de este organismo desde 1957. El programa de trabajo comenzó oficialmente con la firma de un acuerdo en 1976. Su órgano de relación en el país es el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, mediante la Agencia de Energía Nuclear y Tecnologías de Avanzada (AENTA). La cooperación se concreta en proyectos nacionales, regionales, interregionales y de formación de especialistas.

El sector salud es el más beneficiado con la introducción de tecnologías de punta que garantizan la salud de la población en temas prioritarios, como son; el cáncer, el envejecimiento, accidentes cardiovasculares y la desnutrición. Otro resultado importante es la creación de capacidades

nacionales en la realización de pruebas farmacológicas imprescindibles para el registro de nuevos medicamentos fabricados en el país dirigidos al mercado nacional y la exportación.

Se evidenció que un aspecto esencial en el trabajo conjunto son las capacidades técnicas del sector salud, al asociar la formación de recursos humanos a las potencialidades institucionales del sistema sanitario de conjunto con los centros de investigación, lo cual coincide con la literatura revisada en este tema.⁷²

- Las alianzas globales en salud

En este acápite, el grupo de expertos identificó como los más representativos para el país, a la Alianza para la Vacunación (GAVI) y al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMLSTM). Dos importantes actores de la CIS que potencian el trabajo intersectorial dentro del MINSAP y al mismo tiempo, la labor entre agencias, al vincular sus acciones con UNICEF, OPS/OMS y PNUD.

GAVI: es una asociación mundial entre el sector público y el privado con sede en Ginebra, se creó en el año 2000, con el objetivo de mejorar el acceso a la vacunación. Inició su cooperación en el país en el año 2014, con un proyecto denominado “Fortalecimiento del Sistema de Salud”, con el objetivo de optimizar la APS, apoyar el Programa Ampliado de Inmunizaciones y capacitación del personal de salud, con una duración de cuatro años. Por sus resultados satisfactorios, se extendió para los años 2019 y 2020.⁷³

FMLSTM: es una organización internacional creada en el año 2002 con el propósito de “acelerar el final de las epidemias de sida, la tuberculosis y la malaria”, radica en Ginebra. La cooperación con Cuba inició en el año 2003 y se mantiene hasta la actualidad. En estos años se desarrollaron cinco proyectos multisectoriales, de ellos, cuatro corresponden al componente de VIH/sida y uno al de tuberculosis con un monto acumulado de 126 millones de USD.⁷⁴

En su ejecución participan los Organismos de la Administración Central del Estado (Ministerios de Educación Media y Superior, Turismo, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública y el Instituto Cubano de Arte y Televisión), ONG y representantes de la sociedad civil (Federación de Mujeres Cubanas, Centro de Estudios sobre la Juventud, Personas que viven con VIH/Sida, Proyecto HSH y el Centro Memorial Martin Luther King). También se involucran: UNFPA, ONUSIDA, UNICEF, UNESCO, FAO, PMA y OMS/OPS.⁷⁵

Esta cooperación tiene como propósitos, contribuir a reducir el número de nuevas infecciones de VIH/sida, asegurar tratamiento con antirretrovirales, mejorar la calidad de vida de personas que viven con esta enfermedad y fortalecer capacidades de respuesta. Sus acciones tienen un alcance nacional y se desarrollan en correspondencia con los programas nacionales.⁷⁵

Se coincide con lo expresado por Brito Quintana y Hadad Hadad,^{8,19} sobre la relevancia que tienen en la cooperación internacional la emergencia de nuevos actores, tales como; las alianzas y fundaciones, estos cuentan con importante financiamiento y redefinieron el diseño de la cooperación existente hasta el 2000 en el que predominaban las agencias multilaterales.

III.1.b. Actores de la cooperación bilateral

Respecto a este tema, los expertos coincidieron en que el país se mantuvo fuera de esta cooperación hasta la década de 1990, previo a esos años contó con un sistema gubernamental de intercambio internacional a través del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), una red de interrelación entre los países socialistas con una fuerte cooperación que abarcó todos los sectores del país, en salud fue significativo el apoyo en la formación de recursos humanos y el desarrollo científico-técnico.

A raíz de las limitaciones económicas que iniciaron en este periodo con la caída del campo socialista, se potenció el interés de múltiples ONG, gobiernos locales, universidades e institutos de investigación por cooperar con Cuba.^{22, 23, 29}

Como resultado de la lluvia de ideas se identificaron 86 representantes de la cooperación bilateral en el sector salud, de estos 30 constituyen ONG de diferentes países; Irlanda, Portugal, Alemania, Estados Unidos de Norteamérica, Reino Unido, Bélgica, Canadá, España y Suiza, algunas de ellas mantienen su cooperación con el país por más de 20 años de forma sostenida. Correspondiente a fondos gubernamentales (centrales y/o locales) 31 y otros 25 corresponden a universidades, institutos de investigaciones y fundaciones, con una representatividad bastante homogénea en el sector. (Anexo 1)

Vale destacar el importante rol que desempeñan algunas de estas ONG en el SNS, dentro de estas: Global Health Partner y Disarm Education Fund de EE. UU. constituyen la única vía de entrada al país de medicamentos para niños que padecen enfermedades hereditarias y que por los efectos del bloqueo no se pueden adquirir, estos son: Cerezyme para la enfermedad de Gauchear, Aldurozyme para la enfermedad de Pompe y Lumizyme para la de Hustler.

Otras, como Pastores por la Paz, MEDICUBA Suiza y MEDICUBA Europa, tienen una relación histórica, promueven un amplio movimiento de solidaridad, de significativa importancia para el país y en particular para el sector.

La diversidad existente en este grupo es amplia, aspectos que coinciden con la literatura consultada. Durante estos años se desarrollaron más de 800 proyectos, en los que destaca la Unión Europea (UE) y como país más representativo España.

La autora comparte los criterios de Nervi Laura, Pérez Rodríguez, Cabrera Pérez y Prado Lallande,^{1,22, 29, 30} relacionados con la multiplicidad de acciones de cooperación y de contrapartes, lo cual requiere de gran capacidad de análisis y discernimiento por parte de las autoridades nacionales para lograr efectividad en las actividades y no se desvirtúen sus propósitos.

- Las agencias de cooperación gubernamentales

Desarrollan proyectos con recursos financieros de los gobiernos centrales.

Encaminados al desarrollo económico, científico y social, a corto, mediano y largo plazos; estos recursos financieros pueden ser reembolsables o no. Las definidas por el grupo de expertos fueron: las agencias japonesa y suiza de la cooperación (JICA y COSUDE respectivamente).

JICA: presente en el país desde el año 1961. En su primera etapa, la cooperación técnica se centró en la capacitación. Desde finales de los años 1990, creció el monto de la cooperación y comenzaron otros tipos de asistencia como proyectos comunitarios para la seguridad humana. En el año 2015 se inició la asistencia financiera no reembolsable a gran escala.⁷⁵

COSUDE: el principal pilar de las relaciones bilaterales entre Suiza y Cuba es la cooperación. Presente en el país desde el año 2000 con proyectos de desarrollo, también apoyó a reconstrucciones en los daños por huracanes. En 2013, el Parlamento suizo eligió a Cuba como prioridad para la cooperación internacional. Las principales áreas de trabajo son: gestión participativa del desarrollo local, acceso a alimentos y salud.⁷⁶

- Créditos y fondos bancarios

Modalidad de cooperación económica que permite potenciar acciones de desarrollo con bajos intereses, la experiencia más significativa en el sector salud es con el Fondo Saudita para el Desarrollo (FSD) que inició en el año 2009 con el apoyo en la reparación de tres hospitales materno infantiles y posteriormente se extendió a toda esta red hospitalaria del SNS y concluyó en el año 2019.⁷⁷

- Agencia Francesa de Desarrollo

Presente desde el 2016 en el país, tiene la relevancia de ser el primer banco europeo que invierte en Cuba y específicamente en el sector salud en la modalidad de crédito blando, los resultados que se obtengan serán cruciales para la ampliación de esta modalidad en el país.

Se realizan tres proyectos dirigidos a: apoyar la modernización de los servicios nefrológicos, desarrollar el análisis, diagnóstico y vigilancia de las enfermedades infecciosas y mejorar las

capacidades de control sanitario internacional y medioambiental del país con la adquisición de equipamientos, unido a la capacitación del personal.⁷⁸

Se comparten los criterios emitidos por Cabrera Pérez y Álvarez Elena,^{29, 79} que el país posee potencialidades para garantizar este tipo de cooperación económica, el proceso sostenido de recuperación nacional, la existencia de recursos humanos, materiales y de desarrollo científico-técnico de alto nivel, unido a la voluntad en cooperar en I+D+i, permite ampliar las capacidades nacionales y en el futuro contribuirá en fortalecer la cooperación triangular.

Para un mejor análisis de la información que se obtuvo en el trabajo con los expertos, mediante la técnica del mapeo de actores claves, la autora realizó una clasificación, de acuerdo a las características de: incidencia, influencia e interés de cada uno de los actores de la CIS, los que quedaron caracterizados de la siguiente forma: a) los que inciden de manera significativa en el desarrollo y fortalecimiento del SNS, b) resultan de interés, pero requieren de una acción intencionada para ejecutar acciones, c) los que pudieran ser útiles como fuentes de información y, d) los de menor influencia en el SNS.

De esta forma, los actores que tienen mayor contribución en las temáticas clave para la cooperación, son los que generan mayores relaciones con respecto a los demás involucrados en este proceso, por lo tanto, inciden de manera significativa en el desarrollo y fortalecimiento del SNS, aparecen en el cuadrante I del esquema, donde se ubican a la OPS/OMS, agencias del SNU, alianzas globales y las agencias de cooperación, dentro de estas a JICA.

También se determinó quienes resultan de interés, pero requieren de una acción intencionada para su movilización, definidos en el cuadrante II. Aquí se encuentran los créditos y fondos bancarios, que constituyen un importante potencial financiero, pero los mecanismos establecidos para acceder a esta cooperación son complejos y dilatados, se realizan por convocatorias, exigen propuestas muy específicas para acceder a esos recursos financieros.

Se identificó a los actores que pudieran ser útiles como fuentes de información, o para ayudar a la movilización de otros, ubicados en el cuadrante III, se corresponden a las ONG: Global Link, MEDICC, Disarm Education Fund, MEDICUBA Suiza y MEDICUBA Europa, los movimientos de solidaridad e institutos de investigación. En este caso los recursos financieros son pocos, pero sí generan mucha información sobre las potencialidades de Cuba para la cooperación, divulgan los avances científico-técnicos, mediante publicaciones, eventos, conferencias, capacitan recursos humanos y de esta forma, estimulan a otros actores a que desarrollen acciones en el país.

Finalmente, hay otro grupo que se identificó como los de menor influencia en el SNS, se encuentran en el cuadrante IV, aquí están otras ONG, universidades y gobiernos locales que desarrollaron acciones por un corto periodo de tiempo y que por falta de recursos o por cambios políticos en sus países hacen que se pierda el interés en la continuidad de esta cooperación. El Cuadro 1 permite una mejor visualización.

<p><u>Cuadrante I</u></p> <p>Mayor incidencia, influencia e interés por la contribución al SNS.</p> <p>OPS, Agencias del SNU Fondo Mundial de lucha contra el Sida, Tuberculosis y la Malaria. GAVI Agencias de Cooperación: JICA</p>	<p><u>Cuadrante II</u></p> <p>De interés e influencia, requieren de acción intencionada para la cooperación, menor incidencia.</p> <p>Créditos y Fondos bancarios AFD, FSD, Cooperación con la UE</p>
<p><u>Cuadrante III</u></p> <p>Influencia e incidencia media, interés para la movilización de otros actores.</p> <p>ONGs, movimientos de solidaridad Institutos de investigación MEDICUBA EUROPA ONUSIDA</p>	<p><u>Cuadrante IV</u></p> <p>Menor influencia, interés e incidencia.</p> <p>ONGs Universidades Gobiernos locales</p>

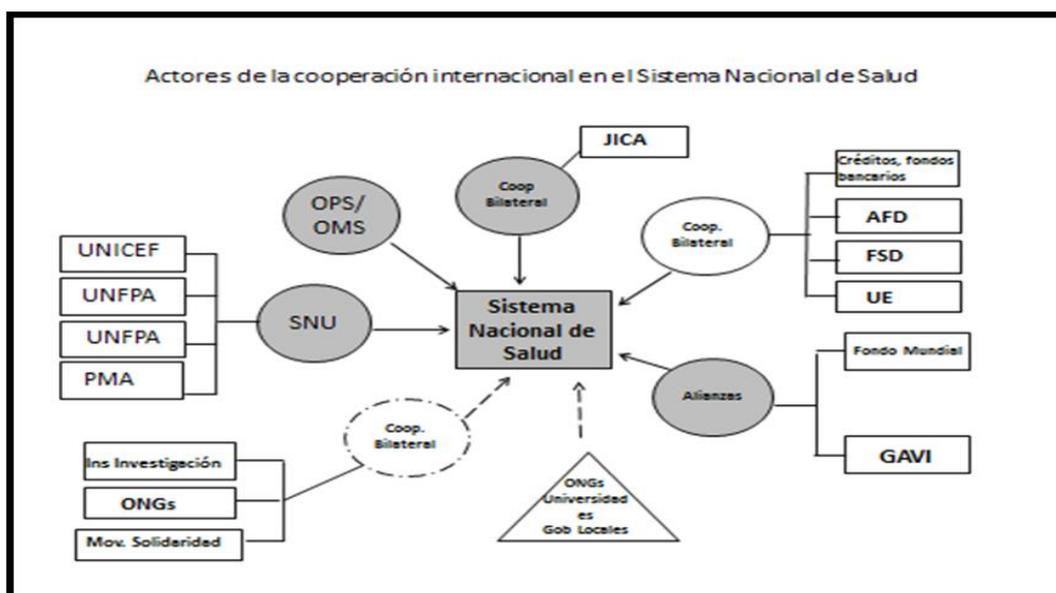
Cuadro 1: Clasificación de los actores de la cooperación internacional en salud, según su grado de influencia, incidencia e interés para el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración del investigador.

Lograr que confluyan estas potencialidades en beneficio del sistema, es un reto, por lo cual, es fundamental entender la relación entre ellos y mantener un equilibrio entre sus acciones. Para una mejor apreciación, como parte de la técnica de mapeo de actores claves, se elaboró el gráfico que se presenta a continuación, en el que la autora establece:

- ✚ en forma de círculos de línea recta y sombreados, a los actores calificados como de mayor influencia (OPS/OMS, las agencias del SNU, el FMLSTM, GAVI y JICA);
- ✚ con líneas rectas, pero sin sombreadar, los actores de mediana influencia sobre los demás (cooperación económica y con la Unión Europea);
- ✚ los identificados con líneas discontinuas y sin sombreadar, representan los que no tienen una cooperación amplia en volumen, pero sí generan confianza para el resto (movimientos de solidaridad, los institutos de investigaciones y algunas ONG) y;
- ✚ en forma de triángulo a los de baja influencia (universidades y gobiernos locales o alcaldías).

Hay que señalar que en la investigación no se encontró evidencia de relaciones de conflicto entre actores, que pudieran incidir de manera negativa en la CIS en el país y por ende con un impacto negativo en el SNS. Aspectos que se pueden apreciar en la figura 2.



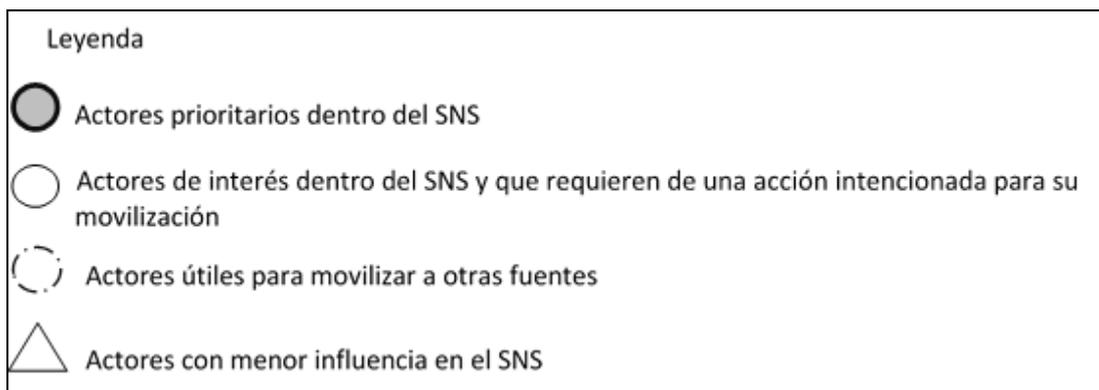


Figura 2: Mapeo de actores de la cooperación en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración del investigador.

III.2. Influencia de la cooperación internacional recibida en las diferentes etapas del desarrollo del sistema sanitario cubano

En 1953 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en su alegato "La Historia me absolverá" identificó los principales problemas existentes en el país, que constituyeron la base de las profundas transformaciones que se produjeron con el triunfo revolucionario: "el problema de la tierra, el problema de la industrialización, el problema de la vivienda, el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud del pueblo".^{80, 81}

El año 1959, definió la completa transformación en la vida de la población cubana. Con el triunfo de la Revolución se eliminó el analfabetismo y se instituyó la enseñanza gratuita sin distinción de color de la piel, religión o género. La consistente voluntad política de elevar las condiciones de vida y los niveles de educación, así como, de proveer servicios de salud de calidad, trajo consigo cambios significativos en el estado de salud de la población.⁸²

La autora comparte los criterios emitidos por los investigadores Rojas Ochoa, Delgado García, Castell Florit-Serrate, Morales Ojeda,^{83, 83, 84, 85} al afirmar que estos cambios que ocurrieron en el país fueron las bases para la evolución y el posterior perfeccionamiento del SNS.

El desarrollo del sistema sanitario cubano forma parte de varias publicaciones de autores nacionales,^{26, 57, 58, 84, 86} en ellas se recogen los aspectos más distintivos que influyeron en su perfeccionamiento a través del tiempo y que coincidentemente acaecen cada 10 años.

Estas investigaciones se sustentaron en el análisis de las categorías: modelo asistencial, estrategia de desarrollo, actividad formativa y actividad epidemiológica; sin embargo, en ellas nunca se incorporó el análisis de la influencia de la cooperación recibida en la consecución de los logros alcanzados, lo cual se introduce por primera vez con este estudio.

En cada una de las etapas evolutivas del sistema sanitario cubano existieron elementos nacionales e internacionales que incidieron de forma directa en las transformaciones que se produjeron con efecto directo en su perfeccionamiento y desarrollo.

III.2.a. Etapa I, periodo desde 1960 hasta 1969. Establecimiento del primer Sistema Nacional de Salud único e integral

A nivel nacional, el evento más representativo fue el triunfo revolucionario, que constituyó un punto de inflexión para todas las transformaciones económicas, políticas y sociales que se realizaron en todas las esferas del país. El contexto internacional se caracterizó por el establecimiento en el año 1962 del boqueo económico, comercial y financiero de Estados Unidos contra Cuba.

En 1959 en el sector salud existían tres sistemas o modelos de atención: el estatal, el mutualista y el privado. En febrero de 1959 se creó el Ministerio de Bienestar Social que agrupó las instituciones de tipo asistencial existentes y prevaleció el modelo estatal. Con la promulgación de la ley No. 959, se dio un gran paso de avance en la integración del Sistema Nacional de Salud Único, la cual señaló al MINSAP como rector de todas las actividades sanitarias en el país.^{84, 87}

Una de las innovaciones más importantes de este periodo, fue la creación del Servicio Médico Social Rural, que inició sus actividades en marzo de 1960. Participaron en este esfuerzo 357

médicos, que se desplegaron por las comunidades rurales más densamente pobladas, inaccesibles y con mayores limitaciones económicas. Se alcanzó la extensión de cobertura, que llevó asistencia a zonas que nunca la tuvieron. Otro elemento distintivo fue la creación de un sistema de salud rural (hasta entonces desatendido), la reorientación de la educación médica y de la investigación en salud en función de las necesidades del país.

También, se inició un activo proceso de construcción de hospitales rurales y se nacionalizó la producción de medicamentos.^{82, 84, 87}

Otra notable labor fueron las primeras jornadas de vacunación contra la poliomiélitis y el paludismo. Cuba se sumó a la campaña latinoamericana de erradicación del paludismo que inició la OPS en la segunda mitad de la década del cincuenta. Ocho años después, en 1967, se declaró erradicada la enfermedad en el país.^{51, 57, 87}

Tres de los problemas principales que enfrentó el sistema sanitario cubano en este periodo fueron la necesidad de nuevos y mejores profesionales, la resistencia de algunos y la emigración de otros. Según los datos del Colegio Médico Nacional, para el 1º de enero de 1959 había un total de 6300 médicos. El éxodo que se produjo en los primeros años fue extraordinariamente alto. Entre 1960 y 1965 emigró un total de 1933 profesionales, lo que representó el 21,58 % del total estimado para 1959.⁸⁷

Paradójicamente, este fenómeno facilitó la reforma de los estudios de medicina en enero de 1962. La reorganización de la formación estimuló el aumento de escuelas de medicina, se inauguró la Facultad de Medicina de la Universidad de Oriente, en Santiago de Cuba, y en 1966, la Universidad Central de Las Villas, en Santa Clara. La docencia médica de postgrado se inició en 1962 y se proclamó la Ley de Reforma de la Enseñanza Superior, que brindó a los futuros profesionales de la salud la orientación social y humanística que requería el país.^{87, 88}

Otro de los cambios experimentados fue la mayor integración de la investigación científica en las actividades y planes del MINSAP. En 1965 se inauguró el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC). Al año siguiente se crearon ocho centros de investigación médica, con potenciaron el desarrollo de tecnologías aplicadas a la salud, así como en la docencia y en la formación de especialistas.^{82, 84}

Los principales fueron los Institutos de Oncología y Radiobiología, Nefrología, Angiología y Cirugía Vascul, Neurología y Neurocirugía, Gastroenterología, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Endocrinología, Hematología, y el de Higiene, Epidemiología y Microbiología. También, se estableció el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.^{82, 84}

Estas primeras acciones tuvieron repercusión en el estado de salud de la población, al finalizar este periodo, la tasa de mortalidad infantil en el menor de un año descendió de 60 por mil nacidos vivos a 38,7, en el menor de cinco años a 43,8 por mil nacidos vivos y el porcentaje de sobrevivencia ascendió a 95,6. Dentro del patrón de mortalidad tenían un peso importante las enfermedades infecciosas y parasitarias.^{88, 89}

Las publicaciones revisadas,^{87, 88, 89, 90} afirman que estas modificaciones en el cuadro de morbilidad están en correspondencia con el desarrollo social que se produjo a partir del triunfo revolucionario, el cual se mantuvo y se perfeccionó con el transcurso del tiempo, elementos que comparte la autora.

De esta forma, se llegó al establecimiento del primer Sistema Nacional de Salud único e integral en la historia de Cuba y del continente americano. Los investigadores consultados: Martínez Calvo, Delgado García, Beldarrain Chaple,^{26, 82, 87} califican a este periodo del desarrollo del Sistema Nacional de Salud como: Etapa I y tiene como principal resultado; la integración y creación del SNS.

Como elemento significativo de la investigación, se recogen hechos importantes que evidencian el aporte de la cooperación en el alcance de estos resultados.

En agosto de 1959, se firmaron convenios con la OPS que rediseñaron la estrategia de trabajo existente hasta ese momento y en el año 1965, se inauguró la representación de la OPS/OMS en el país. Se acordó trabajar de forma conjunta en las áreas prioritarias identificadas que fueron: desarrollo de recursos humanos, proyecto de inmunizaciones en áreas rurales, erradicación del paludismo, programas de nutrición y preparación ante desastres naturales. También se apoyó en la creación de instituciones, como fue el desarrollo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.^{62, 88, 89}

La autora coincide con lo señalado por García Delgado y Castell Florit-Serrate,^{84, 85} que una de las prioridades desde las etapas tempranas del desarrollo del sistema de salud fue la creación de capacidades, como una vía para la sostenibilidad de las acciones.

En el área prioritaria de recursos humanos:

- ✚ se inició un programa de otorgamiento de becas para el adiestramiento en el extranjero de profesionales en maestrías de nutrición, epidemiología y salud pública (los médicos que concluían el servicio médico social rural fueron a través de esta vía a universidades mexicanas para completar su formación y contribuir al desarrollo del SNS);^{51, 84, 87}
- ✚ se designaron consultores internacionales al país que brindaron asesoría técnica en la planificación, ejecución y evaluación de programas, así como en la creación y perfeccionamiento de instituciones especializadas en la formación en el país;⁸²
- ✚ la cooperación bilateral se inició con la presencia de 110 médicos y enfermeras de América Latina y Europa, especialistas en epidemiología, oftalmología, neonatología, ginecobstetricia, psiquiatría, psicología, cardiología, hematología, microbiología y cirugía; los que llegaron a Cuba en 1959 y años sucesivos en misión solidaria, esto contribuyó a

mitigar los efectos de la emigración de profesionales. Trabajaron en todo el país, en la asistencia, como profesores y asesores de diversos programas en el MINSAP;⁹⁰

- ✚ con las repúblicas socialistas de la entonces Unión de Repúblicas Socialistas de la Unión Soviética (URSS) comenzó un amplio programa de formación de recursos humanos y de desarrollo científico y;⁸⁷
- ✚ como parte de estas acciones, el 2 de mayo de 1965 se fundó el Laboratorio de Ortopedia Técnica de La Habana, reconocido popularmente como CUBA-RDA, tras la donación de un laboratorio, su equipamiento, materiales para docencia y la formación de un grupo de especialistas cubanos a partir de las enseñanzas de profesores de la República Democrática Alemana.⁹¹ Este fue el inicio del desarrollo de esta importante actividad en el país, con resultados significativos en todo el territorio nacional.

En el programa de inmunizaciones y materno infantil:

- ✚ la OPS trabajó de conjunto con las autoridades en el país en la preparación de la primera campaña nacional contra la poliomielitis, en la cual se vacunó a todos los niños de cero a 14 años, fue la primera experiencia con participación comunitaria en la Región de las Américas y se adelantó 41 años a la convocatoria de la OMS "The reaching every district strategy" (estrategia para lograr la meta de una cobertura de inmunización del 80 % en todos los distritos y del 90 % a nivel nacional);⁹²
- ✚ con la realización de estas campañas de vacunación se logró erradicar el paludismo en 1967 y en 1969 se aprobó un Plan Tripartito de Operaciones, primer antecedente en el país de una cooperación interagencial, con la participación de OPS/OMS y UNICEF para el desarrollo del Proyecto de inmunizaciones en áreas rurales en Cuba y;^{93, 93}
- ✚ las agencias de Naciones Unidas: UNICEF, PMA y PNUD, iniciaron sus acciones en esta etapa, se centraron en apoyar la salud materno infantil;⁸²

Según López Ambrón y otros,⁸⁹ este fue el inicio del Programa Nacional de Inmunizaciones en el año 1962, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria y tos ferina en las áreas rurales del país.

En el área de la epidemiología: Se trabajó en un proyecto de Erradicación del mosquito *aedes aegypti*, en el que la OPS apoyo con equipos y suministros.⁵¹

En la preparación ante situaciones de desastres: Se inició este tipo de cooperación, posterior al huracán Flora, con la existencia de un trabajo interagencial: OPS/OMS, UNICEF, PMA y PNUD, encaminado al apoyo en la recuperación de los daños ocasionados, así como, en la preparación y mitigación de daños.^{19, 51}

Se puede afirmar, tal como planean García Delgado y Castell Florit-Serrate,^{84, 85} que una de las prioridades desde las etapas tempranas del desarrollo del sistema de salud fue la creación de capacidades, como una vía para la sostenibilidad de las acciones.

Por otro lado, en este periodo se inició la colaboración internacionalista con el envío de la primera brigada médica emergente en 1960 a Chile en respuesta a un terremoto y posteriormente, en 1963 se realizó la primera ayuda con brigadas permanentes a Argelia, lo que representó el inicio de la solidaridad en el campo de la salud y de la CIS que se ofrece.^{10, 11, 57, 58}

III.2.b. Etapa II, periodo 1970-1979. De consolidación del Sistema Nacional de Salud único

El establecimiento de un Sistema Nacional de Salud único permitió realizar el primer intento de planificación a largo plazo en la esfera de sanitaria. A finales de 1969 con la elaboración del Plan de Salud 1970 - 1980. Durante ese decenio la salud pública continuó su avance progresivo con la ocurrencia de cambios cualitativos que consolidaron aún más la cobertura alcanzada, predominó el desarrollo intensivo y comenzó la planificación como función rectora del trabajo de dirección.^{58, 82}

La autora se identifica con los criterios emitidos por Delgado García,^{82, 84} al ratificar que los principios de la salud pública socialista introducidos en la primera etapa como rectores de la política de salud del Gobierno revolucionario se consolidaron en este periodo y tomaron en muchos casos características nacionales propias, principalmente: el carácter integral de las acciones de salud, con enfoque preventivo y la participación activa de la comunidad organizada (CDR, FMC, ANAP), con su colaboración desde un principio en la higiene ambiental, las campañas de vacunación y la educación para la salud.

Según Rojas Ochoa,⁹⁴ el modelo de atención de esta etapa impulsó la cobertura de servicios en la atención primaria y contribuyó a la adopción de normas para el perfeccionamiento de los recursos humanos: se definieron las funciones de profesionales y técnicos, se establecieron acciones encaminadas a la organización, optimización de los recursos y se elaboró un plan de recuperación de los servicios para elevar su calidad.

En 1974 se estableció el Policlínico Comunitario con la incorporación de especialistas en pediatría, ginecobstetricia y medicina interna para atender a la población.⁸²

Se creó, además, en 1977 el Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS) para la formación de especialistas en Administración de salud, Estadísticas sanitarias e higienistas y epidemiólogos.

La enseñanza de la medicina llegó a todas las provincias en 1979. Desde 1976 comenzó la de enfermería a nivel de licenciatura. Fueron años de impulso a la investigación científica. También, continuó la creación de los centros de investigación, surgió el Centro de Neurociencias, el Instituto Finlay, el Centro de Química Farmacéutica. Además, se reequiparon y dotaron las nuevas sedes el Instituto Central de Investigaciones Digitales, el Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos y el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK).^{82, 84, 87}

En este periodo ocurrieron dos sucesos de gran trascendencia histórica que influyeron muy favorablemente en la salud pública: la celebración en diciembre de 1975 del Primer Congreso del

Partido Comunista de Cuba, donde se aprobó la tesis "El desarrollo de la Salud Pública" y el 24 de febrero de 1976 la proclamación de la Constitución de la República de Cuba.⁹⁴

Al ponerse en vigor la nueva dirección política administrativa e implantarse los Órganos del Poder Popular y el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía, se produjeron cambios radicales en la organización y estructura del SNS, el presupuesto destinado al sector salud incrementó en el 34,5 %, se inició el proceso de descentralización ejecutiva y centralización normativa del Ministerio de Salud Pública.⁹⁴

Las transformaciones ocurridas en el periodo tuvieron repercusión en el estado de salud de la población, aspectos que la autora constató en su investigación, evidenciadas fundamentalmente en la salud infantil y materna, lo cual está en correspondencia con la publicación de López Ambrón, Castro Pacheco,^{89, 93} al referir que en esta etapa se inició la ejecución del programa de reducción de la mortalidad infantil, se implementó el manual de procedimientos de la especialidad de pediatría, se creó la especialidad de neonatología y se perfeccionó la calidad del registro de nacimientos.

La tasa de mortalidad infantil se redujo de 38,7 a 19,6 por mil nacidos vivos, en el menor de cinco años alcanzó la cifra de 24,3 fallecidos por mil nacidos vivos y el porcentaje de supervivencia a los cinco años de 97,6; por el Programa Nacional de Inmunizaciones las tasas de incidencia y mortalidad por difteria disminuyeron de 20,8 a 1,1 por 100 mil habitantes en 1962 y ambas llegaron a cero en 1979, se declararon erradicadas la malaria, la poliomielitis, el tétanos neonatal y la difteria.^{90, 93}

La autora concuerda con lo expresado por Arrocha Mariño y Garcés Guillén,^{90, 94} que estos avances están en correspondencia con el desarrollo social que se produjo desde el triunfo revolucionario, el cual se mantuvo y se perfeccionó con el transcurso del tiempo.

En este periodo, la cooperación internacional estuvo a la par de las prioridades definidas por el país y en las acciones dirigidas al perfeccionamiento del SNS.

En la cooperación bilateral:

Se firmó el protocolo de la Comisión Intergubernamental cubano-soviética para la Colaboración Económica y Científico-Técnica en La Habana en 1972, se establecieron acuerdos bilaterales a través del CAME con la URSS, que abarcaron diferentes áreas; económico, comercial, financiero y social. A través de estos, se ejecutaron planes de impulso acelerado de la ciencia y la técnica, que en salud tributaron en el desarrollo del capital humano, mediante programas de formación de pregrado y posgrado, fundamentalmente especialidades, maestrías y doctorados, mediante la ejecución del programa integral de desarrollo científico-técnico previsto hasta el año 2000.^{95, 96}

La cooperación con OPS:

- ✚ se centró en el desarrollo de 15 programas, en correspondencia con las líneas de trabajo establecidas entre la Organización y el gobierno cubano. Todas las acciones llevaban implícito el proporcionar al personal técnico sanitario, asesorías, equipos y suministros;
- ✚ se ejecutaron acciones para el perfeccionamiento de los programas de ingeniería sanitaria, abastecimiento de agua, desarrollo de recursos humanos, control de zoonosis e inmunización y se dio continuidad a la formación de recursos humanos tanto en Cuba como en el extranjero;
- ✚ en las zonas rurales de conjunto con UNICEF se trabajó en los programas: materno infantil, control de medicamentos, servicios integrados de salud y fortalecimiento de la APS;⁵¹
- ✚ se desarrolló en el área de recursos humanos un proyecto triangular, firmado en 1978, entre OPS/OMS, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y el MINSAP, constituyó la primera experiencia de este tipo en el país, donde la OPS actuó como agencia ejecutora del proyecto, el Gobierno de Canadá aportó el financiamiento con el propósito de

asesorar en los temas identificados para el programa de formación y capacitación de expertos cubanos en el exterior y;^{51, 57}

- ✚ en 1976, se designó por el Director General de la OMS a la primera institución cubana en cumplir funciones como Centro Colaborador de la OMS (CCOMS), ubicado en el Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), para las investigaciones de los temas relacionados con vivienda saludable, el cual se mantiene hasta la actualidad y cuenta con reconocido prestigio a nivel internacional.⁵¹

Las agencias del Sistema de Naciones Unidas:

- ✚ el UNFPA, inició sus proyectos en 1973 en áreas de salud materno infantil, APS y estadísticas y;
- ✚ el PNUD dirigió su trabajo al fortalecimiento del desarrollo socioeconómico local y la preservación del medio ambiente con la integración de organismos y sectores dentro de estos el de salud, también, apoyó en los programas de control de enfermedades transmisibles.¹⁹

En estos años tuvo un importante rol la cooperación bilateral, mediante el desarrollo de programas integrales a través del CAME enfocados fundamentalmente al desarrollo de los recursos humanos y la investigación científica.⁹⁷

De forma paralela estas acciones se reforzaron con las realizadas por OPS/OMS y el resto de las agencias del SNU, que además del tema de los recursos humanos trabajaron en el programa materno infantil, el de inmunizaciones y el fortalecimiento de la APS como base del SNS.

III.2.c. Etapa III, periodo de 1980-1989, de avance y desarrollo científico del sistema

Martínez Calvo, Delgado García y Rojas Ochoa,^{26, 51, 58, 83} coinciden en denominar a este periodo, de incorporación y desarrollo de alta tecnología médica, de impulso de las investigaciones, desarrollo de la biotecnología y de la industria farmacéutica, junto a la

ampliación de las acciones de salud a toda la población a través del modelo de APS con el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (PMEF).

La autora ratifica que el progreso sostenido permitió iniciar un periodo de desarrollo más ambicioso que los anteriores, en correspondencia con los avances económicos, políticos y sociales del país, lo cual motivó un proceso de ruptura y crecimiento en la evolución del sistema.

Se incorporaron nuevas tecnologías en las diferentes instituciones de investigación ya creadas en años anteriores y otras de reciente inauguración, tales como: el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", el Centro Nacional de Genética Médica y el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Además, se potenciaron el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; Endocrinología; Nutrición e Higiene de los Alimentos; Medicina del Trabajo; IPK, Nefrología; Neurología y Neurocirugía; Oncología y Radiobiología; Hematología; Gastroenterología; Angiología y el CENIC.^{82, 87}

Otro gran paso de avance lo constituyeron las unidades de terapia intensiva pediátricas, la primera comenzó en diciembre de 1981 y en pocos años se extendieron a las 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud; en 1986 se crearon los cardiocentros y en abril de 1988 se inauguró el Centro de Microcirugía Ocular en Serie, del Instituto Oftalmológico "Ramón Pando Ferrer", el primero en América.

Se desarrolló la tecnología médica, los niveles secundario y terciario del SNS y se amplió el Polo Científico del Oeste de la capital, instituciones que hoy conforman la Industria Biotecnológica y Farmacéutica cubana.⁹⁴

En correspondencia con estas transformaciones, en 1985 se aprobó un nuevo plan de estudios, según Vela Valdés,⁸⁸ marcó un antes y un después en la educación médica cubana y en el SNS, al cambiar la organización de la APS, también cambió la formación del médico. La educación

médica abarcó un continuo de nueve años, seis de carrera y tres de residencia de la especialidad de Medicina General Integral (MGI).

En 1983, se promulgó la Ley No. 41 de Salud Pública, que estableció las relaciones jurídicas para el funcionamiento del MINSAP y en 1987 se creó el Programa Turquino-Manatí, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los habitantes de las montañas.⁹⁷

En 1986 se formó el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS), conformado por 13 Ministerios y 11 entidades, con las funciones de coordinar y estructurar las acciones necesarias para el control de esta enfermedad en el país.⁸²

En 1992 se inició la formación de la Red Telemática de Información en Salud INFOMED, que hoy alcanza notable cobertura, permite la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en todas las áreas del sector, desde la formación hasta las investigaciones.⁹⁰

Existen autores que reflejan la incidencia positiva de todos estos avances en los indicadores del estado de salud de la población; la tasa de mortalidad en el menor de un año alcanzó la cifra de 10,7 por mil nacidos vivos, en el menos de cinco años de 13,2 y el porcentaje de sobrevivida a los cinco años fue de 98,7. El patrón de morbimortalidad se mantuvo a expensas de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).^{90, 93, 94}

La cooperación internacional en esta etapa acompañó el avance científico técnico que se produjo, con la adecuación de sus actividades de la siguiente forma:

En la cooperación bilateral:

✚ se mantuvieron los programas a través del CAME, fundamentalmente en el área académica y desarrollo científico-técnico, el apoyo con la formación de especialistas dentro y fuera del país, la realización de asesorías tanto para el desarrollo de los programas de control, como de las especialidades médicas;

- ✚ adquisición de equipos, insumos, incorporación de nuevas tecnologías médicas y la creación de institutos;
- ✚ cabe destacar la especialidad de Toxicología, los primeros expertos cubanos se formaron en la Academia de Medicina Militar “Serguei Mironovich Kirov” de la antigua URSS en 1983 y en ese mismo año se creó el Centro Nacional de Toxicología CENATOX.⁹⁸

A través de la OPS/OMS:

- ✚ Reformulación de los mecanismos para la planificación de la cooperación.

En 1983, según Delgado García,⁵¹ la OPS rediseñó la estrategia y programación de la cooperación con los países con mayor participación de los Ministerios de Salud. Esto conllevó que, en 1984, Cuba fuera el primer país de América Latina y el Caribe en reformular esta estrategia de cooperación, una propuesta de avanzada para la época, en que destacaron la mejor planificación y programación de las actividades de cooperación con la integración entre áreas del MINSAP y la OMS/OPS, las que abarcaron el cuatrienio 1984-1987.

La autora coincide con los elementos expuestos por Hadad Hadad y Delgado García,^{19, 51} en que este ejercicio propició una mejor utilización de las capacidades y recursos de la cooperación, así como, su evaluación en términos de impacto; se pudo ampliar la cooperación con otros países a partir de los recursos nacionales y las necesidades del SNS. Además, permitió un mayor intercambio de asesores regionales e interpaíses, consultores a corto plazo, becas, cursos, seminarios, talleres y otras actividades en función de los intereses del sistema.

- ✚ en el área de recursos humanos, se recibieron 510 asesores y consultores para capacitar en sistemas y servicios de salud, recursos humanos y atención primaria, fueron concedidas 347 becas para la preparación de profesionales cubanos en el exterior;

- ✚ en 1988, el MINSAP fortaleció su capacidad operativa mediante la realización de 37 proyectos y 145 actividades; dentro de estos: el programa de asistencia médica orientado hacia la consolidación de la APS;⁵¹
- ✚ se creó un comité de investigaciones, integrado por expertos del MINSAP y la Representación de la OPS/OMS, que además de analizar los aspectos metodológicos y técnicos, evaluó el impacto de esta actividad en las prioridades y programas nacionales y;⁶²
- ✚ se amplió la cooperación técnica entre países (TCC por sus siglas en inglés), como ejemplo de cooperación triangular, a través de OPS, se potenciaron los intercambios entre países de la región, como forma de potenciar la cooperación que se ofrece.

En salud materno infantil, educación sexual y adulto mayor:

- ✚ se apoyó la realización de investigaciones sobre el enfoque de riesgo perinatal, materno y en el campo de la genética médica;
- ✚ en coordinación con el UNFPA se impulsó el desarrollo del programa de educación sexual y planificación familiar, se amplió la capacidad del personal de salud en comunicación y educación en salud de la comunidad;
- ✚ UNFPA, PNUD y UNICEF trabajaron en las áreas de salud materno infantil, en apoyo a la reducción de la mortalidad infantil y materna, el perfeccionamiento de la APS y del programa de control de las ITS/VIH/Sida y;^{19, 55}
- ✚ se fortaleció el programa de salud del adulto mayor, unido a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, la rehabilitación, la salud mental y salud bucodental.^{87, 94}

Asimismo, se cooperó en la preparación de un proyecto conjunto entre OPS, PNUD, FAO, UNESCO y el PMA, para el desarrollo rural integral en la provincia de Las Tunas.^{51, 55}

Para este momento el desarrollo económico, político y social del país junto a los avances del SNS, definieron los programas de cooperación bilaterales y con las agencias del SNU. Estos

fueron aspectos que contribuyeron a que Cuba fuera el primer país en reformular la estrategia de cooperación con OPS/OMS, un ejercicio que sirvió de base para rediseñar los programas existentes y pionero en la realización de un proyecto integral de descentralización con participación de actores de la cooperación enfocado al desarrollo rural en el país.

III.2.d. Etapa IV, periodo 1990 - 1999. Preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud pública y su desarrollo en condiciones de crisis económica

A finales de la década de los años 1980 comenzaron a experimentarse cambios en los países socialistas de la Europa del Este. Entre diciembre de 1989 y diciembre de 1991 de forma brusca se perdieron para Cuba sus mercados más ventajosos y seguros. Comenzó una etapa de crisis económica profunda, que se agudizó al aprobar el Congreso de los Estados Unidos las leyes Torricelli y Helms-Burton, con las que se hizo más férreo el bloqueo económico, comercial y financiero impuesto a Cuba.^{24, 86}

Esta situación repercutió en el desarrollo del SNS al final de su tercera etapa e inicios de la cuarta por las dificultades económicas para la obtención de equipos, insumos y medicamentos de toda clase. Pero a su vez, también se singularizó, por la voluntad política de preservar las conquistas logradas en el campo de la salud pública en las etapas anteriores y por continuar su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda.^{23, 24, 83, 84}

Se fortaleció la APS, con la formación del especialista en MGI y una nueva organización del servicio con el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, con la atención del individuo, la familia y la comunidad.^{98,99}

Una de las premisas de la dirección del país en este difícil periodo, fue mantener los indicadores alcanzados en el estado de salud de la población. No dejó de funcionar ninguna de las unidades del SNS del país, se adoptaron importantes medidas, algunas de ellas trascendentales para perfeccionar la eficiencia y la calidad de la atención médica. Dentro de estas: el desarrollo de la

Medicina Natural y Tradicional, el programa nacional de medicamentos, el desarrollo de la cirugía ambulatoria (desconocida en 1989 y en el 2009 constituyó el 70 % del total de las cirugías realizadas) y la variación de los conceptos de utilización de las camas hospitalarias (de un criterio de ingreso para ocupar las capacidades a otro más científico y racional).¹⁰⁰

Elementos clave de la estrategia son el desarrollo de la capacidad resolutoria de los servicios de APS al máximo posible, incluyó la creación del subsistema de atención de urgencias (los policlínicos principales de urgencias), en 1997 se implantó en el 80 % de los municipios urbanos y el 50 % de los rurales, el subsistema de emergencia médica en todas las provincias del país y el ingreso en el hogar en el 100 % de los municipios.^{94, 98}

En 1992 se crearon las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud y se propuso como parte de las políticas de salud los "Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la Población Cubana, para el periodo 1992-2000" (OPD-2000).

Entre los años 1992 y 1994, se inauguraron las nuevas instalaciones del IPK, que lo convirtieron en uno de los más importantes de la región, se creó el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad (CITED) y surgieron otros centros de investigación, como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Centro de Inmunoensayo y el Centro Nacional de Biopreparados, conquistas logradas en esta difícil etapa de la salud pública cubana.⁸²

Se mantuvo el trabajo en el programa materno infantil con una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad infantil en el menor de un año a 7,2 por mil nacidos vivos, en el menor de cinco años a 9,4 y la supervivencia en el menor de cinco años llegó al 99,9 %.

En este sentido la autora coincide con los investigadores nacionales e internacionales, De la Torre Montejo, Feinsilver Julie, Hadad Hadad, Castell Florit- Serrate y Morales Ojeda,^{15, 18, 19, 25, 86} los que refieren que la voluntad política de preservar estas conquistas y reforzar el trabajo desde

la APS, como elemento fundamental del sistema, fueron aspectos esenciales para mantener la tendencia existente en estos indicadores sanitarios desde la década de 1960 hasta esa fecha.

Además, se ampliaron los programas de la colaboración internacional que el país ofrecía de forma solidaria y se creó la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM).^{15, 83}

Ante estas serias afectaciones, la cooperación internacional desempeñó una importante contribución en la sostenibilidad del SNS:

La Organización Panamericana de la Salud:

✚ en 1995 la OPS/OMS participó en la formación técnica y en la creación de una cultura de proyectos, capaz de movilizar el máximo de recursos nacionales y externos para la solución de los problemas de salud;^{23, 51}

✚ la elaboración de una amplia cartera de proyectos, permitió celebrar en noviembre de 1997, la I Conferencia Internacional de Movilización de Recursos para la Salud, el desarrollo de esta actividad llevó a crear, la Unidad de Donaciones y Proyectos adscrita a la Dirección de Relaciones Internacionales del MINSAP.

Dos años después se realizó la II Conferencia Internacional y Multisectorial para la Salud y el Desarrollo Sostenible, que promovió una III Conferencia de Movilización de Recursos para el Desarrollo Sostenible del SNS en 2002. Este proceso permitió capacitar y adiestrar en técnicas de administración de proyectos a más de 300 profesionales y crear las carpetas de proyectos para la movilización de recursos en el ámbito municipal y provincial;^{19, 23, 58}

✚ se abrieron dos áreas programáticas para la cooperación: Fortalecimiento de la rectoría y conducción del SNS y el Proyecto de Desarrollo Municipal dirigido por el gobierno local y la participación de sectores y comunidad;

- ✚ en 1994 se desarrolló el Movimiento de Municipios por la Salud, se conformó la red cubana con 73 municipios, caracterizados por la intersectorialidad y la participación social con estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades;^{19, 51, 100, 101}
- ✚ se conformaron grupos funcionales de trabajo entre la OPS/OMS y el MINSAP para el desarrollo de proyectos locales conocidos como puntos focales. Los resultados fueron significativos en la utilización racional de esos recursos en función de objetivos definidos;⁵¹
- ✚ en 1995, se creó el segundo CCOMS para la Investigación en Reproducción Humana en el Instituto Nacional de Endocrinología, con importantes aportes para Cuba y la Región.^{51, 82}

En la cooperación bilateral:

- ✚ en 1992, comenzó a crecer un movimiento de solidaridad que tuvo como propósito reducir el impacto negativo del bloqueo en la sociedad cubana, se incrementaron las donaciones desde diversas fuentes y aumentó la ejecución de proyectos con múltiples actores bilaterales; ONG, institutos, universidades y gobiernos locales.²³

Con el fin de coadyuvar a su desarrollo, el MINREX organizó en septiembre de 1993 un encuentro internacional sobre la cooperación con Cuba, en el que participaron 82 ONG de Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y América Latina, junto a 72 organizaciones sociales e instituciones nacionales. Por esta vía, llegaron al país medicamentos y materias primas para su producción, desinfectantes e insumos para hospitales, ayuda de emergencia y tecnologías de producción en beneficio del sistema sanitario cubano.^{19, 23}

- ✚ JICA, brindó asistencia humanitaria por los daños causados por desastres naturales y la seguía.⁷⁶

En las agencias del SNU:

- ✚ se fortaleció el trabajo interagencial en las áreas de género, desastres, desarrollo local, salud materno infantil, seguridad alimentaria, VIH/sida y tuberculosis;¹⁹
- ✚ en 1992, se puso en marcha el primer Programa de Cooperación de UNICEF que se centró en la atención integral en edades tempranas. Desde 1993 proporcionan vacunas BCG, DPT, DT y PRS, junto a la compra de equipos para la cadena de frío, capacitación y vigilancia epidemiológica. A través de la Comisión Nacional Polio-Plus de México, Rotary International se subvencionó durante cinco años la vacuna contra la poliomielitis;^{55, 93}
- ✚ apoyó en la iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre (generadora de un cambio fundamental en los patrones de la lactancia que contribuyó al mejoramiento de las condiciones del parto y la lactancia natural), la nutrición mediante la entrega de un fortificante con micronutrientes a las embarazadas y financiamiento de la producción del suplemento para las embarazadas (PRENATAL) para enfrentar el bajo peso al nacer;⁹³
- ✚ el PMA se concentró en las cinco provincias orientales, con el proyecto de apoyo nutricional para la prevención de la anemia a grupos vulnerables;
- ✚ ONUSIDA apoyó a la sostenibilidad del Programa nacional de control de las ITS/VIH/sida con capacitaciones, adquisición de medicamentos, condones y medios diagnósticos y;
- ✚ el PNUD y UNFPA continuaron con su trabajo en el desarrollo local, la atención a grupos vulnerables y acciones dirigidas al programa de control del VIH/Sida.^{55, 75}

Con los elementos aportados, la autora coincide con Nervi Laura, Kickbush Ilona, Brito Quintana, De la Torre Montejo, Hadad Hadad, Marimón Torres y Ruiz Fernando,^{1,4, 8, 15, 23, 24, 39} al afirmar que paradójicamente a la grave crisis económica existente en el país, la cooperación internacional se incrementó notablemente, tanto la que se ofrecía como la recibida y se desarrolló un rápido mecanismo de gestión desde los niveles locales hasta el nacional,

elementos que permitieron avanzar en etapas sucesivas y evidenciar que las crisis constituyen oportunidades para el desarrollo.

Un reto para el país fue adecuarse al nuevo contexto nacional e internacional y lograr la efectividad de las acciones que se realizaron a través de la cooperación.

III.2.e. Etapa V, periodo del 2000 al 2009. Proceso de consolidación y renovación

Sin lugar a dudas, el siglo XXI abrió un nuevo escenario para la salud pública en Cuba, investigaciones realizadas evidencian que la grave crisis económica que sufrió el país en la década de 1990, incidió en el deterioro físico de las unidades asistenciales y agravó la carencia de suministros, lo cual impactó en la calidad de la gestión de salud en los servicios.^{23, 24}

Los propósitos fundamentales de trabajo se encaminaron a consolidar los logros alcanzados en la salud, retomar el desarrollo del sistema en la nueva realidad nacional y avanzar hacia los niveles superiores en la salud de la población. Para ello se identificaron como objetivos alcanzar mayor efectividad y eficiencia en la gestión sanitaria, mejorar la calidad de los servicios, garantizar la equidad y sostenibilidad del sistema, mantener su carácter público y universal sin acudir a fórmulas privatizadoras en el sector.^{24, 100}

Ante esta situación, el MINSAP respondió con una estrategia dirigida a recuperar los servicios y en concordancia con la política nacional de fortalecer las instancias locales del gobierno, se propuso la descentralización hacia los municipios y consejos populares. Se desarrolló un movimiento salubrista a nivel local, se retomaron y promovieron los "municipios por la salud".⁵⁷

En el escenario socio-político, se inició "La Batalla de Ideas", encabezada por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, principal escenario para el desarrollo de estas transformaciones.

En este contexto histórico, el MINSAP a finales del 2005 realizó un trabajo sobre bases científicas para diseñar e implementar las "Proyecciones de la Salud Pública hasta el año 2015",

las que consideraron de manera integral, los determinantes del estado de salud de la población, con un enfoque de riesgo, un valioso instrumento estratégico y programático.^{100, 102}

Se desarrollaron los Programas de la Revolución cubana, que agruparon más de 160 acciones en seis grandes esferas: educación, cultura, desarrollo social, trabajo político ideológico e inversiones.¹⁰⁰ En la salud pública, se introdujeron tecnologías y formas de atención novedosas, encaminadas a mejorar los servicios asistenciales, las condiciones estructurales y de confort, para hacer más accesibles los servicios e incrementar la satisfacción de la población.^{100, 102}

Estos programas de desarrollo y perfeccionamiento abarcaron las áreas de capital humano, reparaciones de instituciones de salud (498 policlínicos y la incorporación de salas de rehabilitación, 12 hospitales y 26 otras obras de la salud), de informatización (incorporación de 28 mil computadoras y enlaces a la red de 756 unidades), nefrología (creación de 47 servicios de hemodiálisis), cardiología, ortopedia, hospitales (instalación de 75 tomógrafos, 4 aceleradores lineales, 35 mamógrafos, 8 angiógrafos, 11 resonancias magnéticas nucleares, 19 densitómetros óseos, 14 gamma cámaras y 24 eximers láser).¹⁰⁰

La creación de 121 unidades intensivas municipales, incremento del transporte sanitario (introducción de 422 ambulancias, de ellas 83 de terapia intensiva), perfeccionamiento del programa de genética y la atención a discapacitados (13 laboratorios de citogenética y la formación de 718 máster en asesoramiento genético), junto al desarrollo de los servicios de óptica, oftalmología y estomatología.¹⁰⁰

Un hecho trascendental por su carácter revolucionario e innovador, fueron las transformaciones producidas en el terreno de la formación de los recursos humanos, con el traslado del escenario docente al Policlínico y la creación del modelo del Policlínico Universitario. Estos cambios en los planes de estudios de medicina respondieron a demandas provenientes del desarrollo de la APS

y el internacionalismo, con la creación del “Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos en Cuba” y el de los Médicos Militares.⁸⁸

Estos avances favorecieron la aparición de nuevas modalidades de cooperación internacional: el programa Barrio Adentro en Venezuela, la “Operación Milagro”, con la realización de 3 millones de cirugías de afecciones oftalmológicas a pacientes de 32 países en Cuba y en 59 Centros Oftalmológicos distribuidos en todo el mundo y en septiembre del 2005 se creó el “Contingente Internacional de Médicos Especializados en el Enfrentamiento a Desastres y Grandes Epidemias “Henry Reeve”.¹⁰

En el año 2010, como parte del proceso de actualización del modelo económico y social en el país, se realizó una evaluación de la organización del sistema de salud por el MINSAP, con el objetivo de reordenar los servicios médicos, garantizar su eficiencia y sostenibilidad, incrementar la calidad y satisfacción de los usuarios y mejorar el estado de salud de la población.¹⁰³

Se demostró la necesidad de elaborar e implementar líneas de acción y una estrategia científicamente fundamentada, dirigida a reorganizar los servicios de salud en correspondencia con el contexto económico, político, social y sanitario del país; proceso que marchó a la par de la actualización del modelo económico cubano, dio respuesta a las necesidades del sector y permitió alcanzar nuevos retos en el camino de elevar la calidad y eficiencia del SNS.^{86,104}

Los cambios en el perfil demográfico de la población, se acentuaron en estos años, se redujo el número de nacimientos, disminuyó la tasa de natalidad con un acelerado envejecimiento poblacional. La esperanza de vida al nacer fue de 77,97 años en ambos sexos, la mortalidad infantil en el menor de un año de 4,9 por mil nacidos vivos, en el menor de cinco años de 5,4, y la supervivencia en el menor de cinco años de 99,9 %.

Dentro de las primeras causas de muerte continuaron las ENT, las enfermedades infecciosas y diarreicas disminuyeron su incidencia a tasas de 8,0 por 10 mil habitantes.¹⁰⁴ En el año 2006 se

creó en el MINSAP la sección de cáncer con el propósito de dirigir el Programa integral para su control y en el 2009 la sección de salud mental y adicciones.⁵⁷

Al finalizar este periodo, el país cumplió con los ODM antes de la fecha prevista para esta meta. La CIS acompañó las amplias transformaciones que se produjeron en todas las esferas. En el caso de la OPS/OMS, se mantuvo el trabajo en la APS, junto a las acciones descentralizadas:

- ✚ se certificaron otros cinco CCOMS: el Centro para el Estudio y Control del Dengue en el IPK, Envejecimiento saludable en el CITED, el de Organización, Gestión y Calidad de en el Hospital “Gustavo Aldereguia Lima” en Cienfuegos, el de Medicina Ocupacional en el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores y el de Desarrollo de Enfoques Genéticos para la Promoción de la Salud en el Centro Nacional de Genética Médica;^{105, 106, 107, 108}
- ✚ se fortaleció el mecanismo de TCC, se materializaron proyectos con once naciones en áreas como: medicamentos y servicios con Brasil y Bahamas; análisis de situación de salud con El Salvador, Chile, y Canadá; economía de la salud con México; medio ambiente con Haití; y vigilancia en el control de enfermedades, desarrollo local y servicios de salud con República Dominicana y Honduras y el de municipios productivos entre Guatemala-Honduras-El Salvador;^{107, 109}
- ✚ continuó el trabajo interagencial y con otros actores de la cooperación, se firmó acuerdo entre OPS/OMS y la ONG de Portugal OIKOS para el trabajo conjunto en temas de seguridad alimentaria, APS y medio ambiente;¹⁰⁹
- ✚ por primera vez se desarrollaron dos programas de cooperación triangular entre OPS/OMS y Cuba, uno en Angola para la erradicación de la poliomielitis y otro en Nicaragua, para el desarrollo de la gestión local y;^{101, 107}
- ✚ desde el año 2005 de conjunto con OMS, se iniciaron estudios en la búsqueda de alternativas para abaratar la utilización de la Vacuna Inactivada contra la Polio (IPV) en los

países más pobres, un proyecto a ejecutarse en cinco años en el que participa el IPK y la Dirección Provincial de Salud de Camaguey.¹¹⁰

En los programas de control:

- ✚ en el año 2003 inició la cooperación a través del FMLSTM, se realizaron los siguientes proyectos: a) fortalecimiento de la respuesta multisectorial para la prevención del VIH/sida del 2000-2008, b) descentralización de las acciones de prevención y apoyo a las personas que viven con VIH del 2007-201, y c) fortalecimiento del Programa de Control de la Tuberculosis en la República de Cuba para el 2009-2013. Estos potenciaron la cooperación que en estos temas se ejecutaba con ONUSIDA;^{75, 110}
- ✚ el PMA, mantuvo el proyecto de apoyo a grupos vulnerables para la prevención de la anemia en las cinco provincias orientales;¹¹⁰
- ✚ desde el 2006, se inició el apoyo de GAVI a través de la OPS, dirigido a la APS y al Programa Ampliado de Inmunizaciones, con equipamiento para cadena de frío y capacitación del personal y;^{107, 110}
- ✚ la colaboración de UNICEF se enfocó en tres áreas: educación, salud materno-infantil, agua y saneamiento. Las acciones se realizaron en estrecha coordinación con el Ministerio de Educación, MINSAP y el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos.¹¹⁰

En el año 2002 inició un nuevo Programa de Cooperación, el tercero en el país que abordó de manera integral la consecución y el pleno disfrute de los derechos recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

En el 2010 se dio continuidad al trabajo que se realizaba de forma bilateral con Brasil para establecer la red de Bancos de Leche Humana (BLH) en el país, como miembro de la Red

Iberoamericana. Mediante este trabajo se equiparon 14 BLH en todo el territorio nacional y se capacitó al personal para su funcionamiento.¹¹¹

En la cooperación bilateral:

- ✚ se trabajó en 132 proyectos de cooperación bilateral, las contrapartes más representativas fueron Irlanda, España, Canadá, Suiza y Bélgica. Las principales acciones se encaminaron a fortalecer tecnológicamente hospitales e institutos, las especialidades médicas, el área de higiene y epidemiología, de asistencia social y la APS;¹¹⁰
- ✚ se recibieron, 347 donativos a través de 91 ONG, entidades religiosas y Agencias del SNU, por países predominaron: Estados Unidos con 18 organizaciones, España con 16, Canadá con ocho, Alemania con siete, Holanda y Suiza con cinco cada una; consistentes fundamentalmente en equipos médicos, medicamentos, material gastable y mobiliario clínico y;¹¹⁰
- ✚ el FSD, a principios del año 2009, inició un Proyecto por 20 millones de USD para financiar a través de un crédito blando (5 años de gracia y a pagar en 20 años el interés principal), con el objetivo de elevar la calidad de la atención médica a mujeres embarazadas en las siete provincias del país afectadas por el paso de los huracanes Gustav, Ike y Paloma en el año 2008, que posteriormente se extendió a todo el país y concluyó en el año 2019.⁷⁸

La autora coincide con lo expresado por Hadad Hadad,¹⁹ en que la cooperación entre Cuba y los organismos del SNU en el campo de la salud pudo fructificar y desarrollarse a partir de la estrecha comunidad de objetivos e intereses existentes entre el país y estas organizaciones.

En el análisis de este periodo, se constató la realización de un amplio proceso inversionista, se perfeccionaron los programas con el propósito de mejorar la calidad de la atención, se evidenciaron los cambios demográficos-epidemiológicos. En la docencia, se modificó el plan de estudio y se trasladaron los escenarios docentes al Policlínico.

La cooperación acompañó este amplio proceso, se fortalecieron los principales programas, se amplió la cooperación descentralizada, se crearon otros CCOMS, se reforzó el trabajo interagencial y aparecieron otros actores de la cooperación multilateral como el FMLSTM y GAVI, lo cual está en concordancia con el fortalecimiento de las capacidades del sistema sanitario cubano en la gestión de la CIS.

III.2.f. Etapa VI, periodo 2010-2019. Actualización del proceso de transformaciones

En el año 2011 se iniciaron cambios en el modelo económico que conllevaron a la adopción de los Lineamientos para la Política Económica y Social del Partido y la Revolución.^{86, 111}

Como continuación del análisis de la organización del sistema de salud que se efectuó en el año 2010 con el objetivo de reordenar los servicios médicos,¹¹² se fortalecieron tres de los conceptos clave en este proceso: la reorganización, la compactación y la regionalización de los servicios, con la definición de las siguientes etapas o momentos:

Primer momento, período 2011-2012, con acciones dirigidas a redefinir la plantilla de recursos humanos estrictamente necesaria y aligerar las estructuras de dirección.

Segundo momento, de profundización en los años 2013–2014, incluyó el desarrollo de competencias laborales, éticas y sociales de los trabajadores, se fortaleció la organización e integración entre los niveles de atención y se consolidó el modelo de la medicina familiar.

Tercer momento, años 2015–2016, se ejecutaron acciones para conservar los conceptos fundacionales del Programa del Médico y Enfermera de la Familia, junto a perfeccionar la calidad de los servicios en los policlínicos.

El objetivo fue satisfacer entre el 70 y 80 % de las necesidades de salud de la población en el nivel primario de atención; reorganizar los servicios de higiene, de epidemiología y microbiología en correspondencia con la situación nacional e internacional; mantener el principio de la educación en el trabajo durante los procesos docentes, asistenciales e investigativos en las

universidades médicas cubanas; elevar el número de las investigaciones para optimizar la toma de decisiones; incrementar la exportación de los servicios médicos y diversificar las fuentes de ingresos.^{12, 86, 112}

La autora concuerda con lo planteado por Morales Ojeda y Gálvez González,^{12, 113} que para alcanzar los propósitos propuestos en este periodo un elemento clave es la sostenibilidad del sistema, se realizaron ajustes a los programas de cooperación médica y se incrementó la eficiencia en los servicios de salud. No obstante, constituye un enorme desafío, por el perfil epidemiológico del país con el predominio de las ENT, cuyos costos de atención son altos, a las que se adicionan la prevención, atención de las enfermedades emergentes y reemergentes junto al envejecimiento poblacional; sin obviar el dinamismo del desarrollo tecnológico y los efectos del bloqueo económico, comercial y financiero que los Estados Unidos impone al país.

Para una población de más de 11 millones de habitantes, existen 449 policlínicos; 10 mil 869 consultorios del médico y enfermera de la familia; mil 215 servicios estomatológicos, 150 hospitales; 132 hogares maternos, 295 casas de abuelos; 155 hogares de ancianos, 30 centros médicos psicopedagógicos y 12 institutos de investigación, entre otros.¹⁴

La planificación y formación de los recursos humanos se ejecuta en 13 universidades de ciencias médicas, dos facultades independientes, la Escuela Latinoamericana de Medicina y la Escuela Nacional de Salud Pública, el plan de formación de especialistas cubre 64 especialidades con un claustro de 36 mil 500 docentes. Este potencial posibilita contar con un médico por cada 122 habitantes, un estomatólogo por cada 602 y una enfermera por cada 128, cifras superiores a las que muestran países desarrollados.^{14, 112, 114, 115}

El proceso de transformaciones también influyó en la formación de recursos humanos, se ajustó el plan de ingreso a las carreras de las ciencias médicas, se incrementó la matrícula para Medicina y Estomatología. Se convirtieron en ocho carreras universitarias los 21 perfiles de

formación de tecnólogos de la salud y se retomó la formación de los técnicos medios de la salud. Además, se incrementaron los procesos de acreditación de los escenarios de formación, para garantizar una mayor calidad en el proceso docente-educativo y se perfeccionó el Sistema de Ciencia e Innovación tecnológica.⁸⁸

A criterio de la autora, lo anterior está en correspondencia con los avances internacionales que en área de los recursos humanos y que existen en la investigación científica, elementos necesarios para el avance del SNS y que son promovidos por las organizaciones internacionales.^{116, 117, 118}

La esperanza de vida al nacer se incrementó a 78,45 años, la tasa de mortalidad infantil de 4,0 por cada mil nacidos vivos, la supervivencia de los niños a los 5 años de edad del 99,5 % y el 99,9 % de los partos se realizaron en instituciones de salud.^{14, 115}

La prevalencia del VIH/Sida en la población de 15 a 49 años fue de 0,29 % y se garantizó el tratamiento antirretroviral a todos los que lo necesitaban. Cuba fue el primer país en obtener la certificación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis congénita y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/sida) por la OMS, condición que se ratificó en los años 2017 y 2019 por otros dos años al mantener cumplidos los indicadores de impacto.¹¹⁹

Además, como elemento significativo en el periodo y en reconocimiento de los avances alcanzados, Cuba desempeñó el rol de Presidente de la 67^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS.¹¹⁵

Las acciones desarrolladas en el sector constituyen elementos esenciales para las estrategias en el cumplimiento de los ODS y la Agenda de Salud para el Desarrollo Sostenible 2030.

La autora considera que las modificaciones en el contexto económico, político y social del país, también incidieron en la forma de planificar la cooperación internacional y adecuarla a las nuevas necesidades, reflejado lo anterior en el MANUD 2014-2018, así como, en la Estrategia de

Cooperación del País con la OPS/OMS para los periodos 2012-2017 y 2018-2022, en correspondencia con los principios de la cooperación internacional y con lo expresado por otros investigadores.^{19, 22, 29, 32, 120, 121}

En ambos documentos, se compactaron las acciones para incrementar la calidad y sostenibilidad de los servicios, acorde a las prioridades establecidas en el país, con enfoque en los programas sociales, el desarrollo de los sectores productivos, desarrollo local, energético, seguridad alimentaria, sostenibilidad ambiental y la gestión de riesgo ante desastres, con un mayor trabajo interagencial, lo que potencia los resultados.^{120, 121}

En estos años UNICEF mantuvo su apoyo al programa ampliado de inmunizaciones y al materno infantil, junto al PMA trabajó en las acciones de prevención de la anemia en el ciclo 2009-2012 y apoyó en el fortalecimiento del sistema sanitario de conjunto con la OPS/OMS y el FMLSTM para contribuir a alcanzar la certificación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis Congénita.¹¹⁹

De igual forma, UNFPA, PMA, OIEA mantuvieron su presencia y trabajo coordinado en áreas del programa materno infantil, nutrición, APS y medicina nuclear.

A través de la OPS/OMS, se fortaleció la cooperación Sur-Sur y triangular:¹²¹

-  en el año 2011, se desarrolló la colaboración Cuba-Haití-OPS/OMS en la respuesta al terremoto que afectó a Haití en 2010 y a la epidemia de cólera de 2011;
-  en el año 2013, se realizó la mayor cooperación triangular en la región, entre OPS/OMS, Cuba y Brasil para el desarrollo del Programa Más Médicos;
-  en el 2014, entre OMS-Cuba y los países de África Occidental (Sierra Leona, Liberia y Guinea Conakry) como parte de la repuesta mundial a la epidemia del virus del Ébola.

En reconocimiento a esta acción, en el año 2017 el contingente Internacional de médicos especializados en situaciones de desastres y graves epidemias “Henry Reeve”, recibió el Premio de Salud Pública Internacional de la OMS “Dr. LEE Jong-Wook”;

- ✚ se continuó con el proyecto de OMS de conjunto con el IPK, para evaluar el uso de la vacuna inactivada de poliovirus en dosis fraccionadas, para su extensión a otros países, una muestra del reconocimiento internacional de la medicina cubana;^{110,122}
- ✚ desde el 2015, se participó con la OPS en el proyecto regional de “Reducción del riesgo cardiovascular” a través del control de la hipertensión, como parte de la iniciativa mundial “Global Hearts” de la OMS en tres provincias del país;¹⁰⁷
- ✚ se desarrollaron acciones conjuntas entre OPS/OMS y Japón para el fortalecimiento del Reglamento Sanitario Internacional, con el aporte del equipamiento necesario para el mejor control en los puntos de fronteras y la capacitación de los recursos humanos;^{76, 107}
- ✚ mediante los proyectos con la OIEA, se produjo en el país el 80 % de la demanda nacional de radiofármacos, esenciales para las terapias cardiovasculares y oncológicas y;¹¹⁰
- ✚ la cooperación iniciada con GAVI en el año 2014 se extiende hasta el año 2020, encaminada a reforzar la APS y el programa ampliado de inmunizaciones, se mejoraron las condiciones de los consultorios del médico y la enfermera de la familia, de los puntos de vacunación en zonas remotas y de difícil acceso. Se fortalecieron las condiciones de la cadena de frío, la adquisición de vacunas, introducción de dosis fraccionadas en el esquema nacional de inmunización, la realización de vigilancia de eventos adversos y la capacitación del personal de salud.¹²³

La cooperación bilateral se mantuvo de forma ininterrumpida:

- ✚ se ejecutaron 208 proyectos. Dentro de los principales resultados están: fortalecimiento de la red hospitalaria con la instalación de quipos de imagenología de alta tecnología en 34

hospitales, apoyo al programa de oncología con el aporte de medicamentos, reactivos y equipos, en las universidades de ciencias médicas se apoyó con literatura médica y el mejoramiento de las condiciones de los laboratorios de anatomía clínica y para el programa de control de las ENT con la adquisición de medicamentos e insumos;

- ✚ se fortalecieron los servicios de oftalmología de 20 hospitales en 13 provincias, fueron beneficiadas 18 maternidades con unidades de cuidados intensivos neonatales de 11 provincias del país, se apoyó en la rehabilitación visual de las personas con baja visión mediante la donación de ayudas ópticas y la reparación del servicio de cuidados especiales en hogares de ancianos;¹¹⁰
- ✚ se incorporaron nuevos actores de la cooperación económica como es AFD, con tres proyectos que se ejecutan por el Instituto de Nefrología, el IPK y el INHEM;⁷⁹
- ✚ se amplió la cooperación con JICA, mediante la digitalización del sistema de imagenología en toda la red hospitalaria de todo el país con el desarrollo de un proyecto denominado “Instalación de equipos médicos para el mejoramiento de servicios de atención a la salud en los hospitales principales”. También apoyó a los damnificados por los huracanes Ike, Sandy, Mathew, y más recientemente, en 2017 con el Irma y;^{76, 110}
- ✚ por el FMLSTM, se concluyó el proyecto de descentralización de las acciones de prevención y apoyo a las personas que viven con VIH, se vinculó a la sostenibilidad de la respuesta multisectorial y para el periodo 2015-2017 se entregó un nuevo financiamiento para la adquisición de medicamentos, equipos e insumos médicos y fortalecimiento de la red de laboratorios.^{11, 50}

La ayuda ante situaciones de desastres naturales, mediante el trabajo interagencial de conjunto con el Estado Mayor de la Defensa Civil, permitió la movilización de fondos y la llegada de recursos para todos los territorios afectados para facilitar la recuperación del país.¹¹⁰

Lo antes expuesto evidencia los avances del sistema en este periodo y el amplio proceso de transformaciones que se llevó a cabo en estos años, donde, la CIS no estuvo ajena, al contrario, se alineó y armonizó con estos propósitos.

Los resultados que se alcanzaron se presentaron en las Convenciones Internacionales de Salud Pública de los años 2012, 2015 y 2018.

Para ilustrar lo antes expuesto, se presenta el Cuadro 2, en el que se recogen las categorías identificadas en esta investigación que muestran la evolución del SNS: modelo asistencial, estrategia de desarrollo, actividad epidemiológica, actividad formativa y actividad de cooperación internacional.

Etapas	Modelo asistencial	Estrategia de desarrollo	Actividad Epidemiológica	Actividad Formativa	Cooperación Internacional
I (1960-1970)	Medicina General	-Servicio Médico Social Rural. -Creación del Sistema Nacional de Salud único. -Desarrollo de infraestructura sanitaria. -Inicio de la Cooperación Médica Internacional.	- Primeras jornadas de vacunación. -Programas de control de Enfermedades y daños. - Educación para la salud, básicamente informativa. -Participación comunitaria en sus primeros grados.	- Ley de Reforma de la Enseñanza Superior. -Creación Universidad de Oriente y Central de las Villas. - Inicio docencia de posgrado. -Integración de la investigación.	-Representación de OPS/OMS. -1ra experiencia de cooperación interagencial OPS-UNICEF. - Programa de desarrollo de Recursos Humanos. -Acciones de PMA, PNUD y UNICEF.
II (1970-1980)	Medicina en la Comunidad	-Creación del Policlínico Comunitario. -Transferencia administrativa de la infraestructura a los gobiernos locales. - Creación de los institutos de investigación.	- Programas de control y de protección integral de grupos poblacionales. -Participación comunitaria: nivel de cooperación. - Perfeccionamiento de la educación para la salud.	-Enseñanza en todas las provincias -Inicio Licenciatura Enfermería. - Incremento en la formación de técnicos medios.	-Incremento de la cooperación bilateral, a través del CAME. -1er proyecto de cooperación triangular para recursos humanos entre ACDI-OPS/OMS-MINSAP. -Creación del 1er Centro Colaborador OPS/OMS.
III (1980-1990)	Medicina Familiar	- 3er modelo de atención: atención primaria o medicina familiar. -Ley 41 de Salud Pública. -Desarrollo de alta tecnología médica, impulso de investigaciones.	- Diseño y ejecución del programa nacional de promoción. -Reanimación de la participación comunitaria y la inspección sanitaria. -Persistencia de programas de control.	-Nuevo plan de estudios (MGI). -Creación de Facultades de Ciencias Médicas en todas las provincias. -Desarrollo del programa de especialidades médicas.	- Cooperación bilateral por el CAME. -Reformulación de la estrategia de cooperación. -Trabajo interagencial a nivel local. Proyectos de Cooperación entre Países.

IV (1990-2000)	Basado en APS	<ul style="list-style-type: none"> - Perfeccionamiento de APS. - Revitalización de toda la red de servicios en los tres niveles de atención. - Descentralización e incremento del nivel resolutivo del sistema. -Desarrollo de centros de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis del sector salud. -Creación de la red Municipios por la salud -Desarrollo de la farmacoepidemiología. -Revitalización de programas contra enfermedades emergentes y emergentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a equipos de dirección a todos los niveles. - Evaluación de la competencia y el desempeño profesional. Perfeccionamiento del programa de Medicina Familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cooperación descentralizada -Proyecto de desarrollo Municipal. -Cooperación bilateral con otros actores. -Trabajo intersectorial, movilización de recursos.
V (2000-2011)	Basado en APS	<ul style="list-style-type: none"> -Proceso inversionista en el sistema. -Desarrollo de la tecnología de punta y la investigación. -Perfeccionamiento de programas asistenciales. -Recuperación del sistema de salud en sus 3 niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios demográficos y epidemiológicos. -Morbimortalidad a predominio de las ENT. -Realización de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. - Iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles). 	<ul style="list-style-type: none"> -Traslado del escenario docente al Policlínico y el surgimiento del modelo del Policlínico Universitario. -Modificaciones al plan de estudios. - Perfeccionamiento de capital humano. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cooperación descentralizada. -Inicio de cooperación con el FMLSTM y con GAVI. -Cooperación económica con créditos bancarios (Fondo Saudita de Cooperación). -Proyectos para impulsar el desarrollo tecnológico.
VI (2011-2019)	Basado en APS	<ul style="list-style-type: none"> -Proceso de transformaciones en el sector. -Aumento de la exportación de servicios. -Revitalización de red integrada de atención de sistemas y servicios en sus 3 niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reorganización de los servicios de higiene, epidemiología y microbiología. -Perfil epidemiológico a predominio de las ENT, envejecimiento poblacional. -Fortalecimiento del Reglamento Sanitario Internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reajuste del Plan de ingreso a las carreras de CM. - Incremento de las carreras universitarias y de técnicos medios. -Reordenamiento de las entidades de ciencia e innovación tecnológica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cooperación Sur-Sur y triangular. Nuevos actores. - Premio OMS a Brigada Henry Reeve y certificación OMS, por erradicar la trasmisión materna del VIH y la sífilis. -Cooperación descentralizada.

Cuadro 2: Características de las etapas de desarrollo del Sistema Nacional de Salud, según modelos asistenciales, estrategias de desarrollo, actividad epidemiológica y formativa y CIS.

Fuente: Elaboración de la investigadora sobre el resultado previo de la investigación de la Dra. Silvia Martínez Calvo (1999).²⁶

III.3 Experiencias y buenas prácticas de la cooperación internacional en salud en el país

El debate y la preocupación por la efectividad de la cooperación internacional se inició desde la década del 2000, con la realización de los foros de alto nivel: Consenso de Monterrey, París, Accra y Busán en los que se establecieron los cinco principios de la efectividad de la

cooperación internacional: apropiación, alineación, armonización, gestión basada en resultados y mutua responsabilidad.

Posteriormente, se introdujo el concepto de buenas prácticas como una forma de establecer parámetros y criterios que le permitieran a los países perfeccionar la conducción de la cooperación internacional en salud. 41, 42, 43, 63, 64, 65, 124

En el capítulo II de esta investigación se detallaron los aspectos conceptuales que determinan la definición aceptada de buenas prácticas de la cooperación internacional en salud para este estudio, al igual que los criterios consensuados en la metodología para su determinación contextualizados a la realidad nacional cubana.

La vinculación de los cinco principios de la efectividad de la cooperación internacional con los criterios consensuados para la identificación de buenas prácticas, se aprecia en el Cuadro 3.

Apropiación	Alineación	Armonización	Gestión a resultados	Mutua responsabilidad
Necesidad previa	Aprovechamiento de capacidades sectoriales	Aprendizaje mutuo	Impacto	Horizontalidad
Marco institucional	Inclusividad	Consenso	Transferible Eficacia y eficiencia Sostenible	Equidad

Cuadro 3: Vinculación de los principios de la cooperación con los criterios de buenas prácticas.

Fuente: Secretaría General Iberoamericana, (2008). II Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica.

En materia de cooperación internacional, Cuba actúa bajo la doble condición de oferente y receptor. En el primer caso, se enmarca la cooperación internacional que se realiza de forma

ininterrumpida por 57 años, mientras que, en el segundo, se encuentra la colaboración que se recibe en sus diferentes modalidades desde el año 1960.²²

En ambas situaciones, las posiciones de Cuba se enmarcan en los principios y políticas que rigen su actuación en este tema.

Estos aspectos hacen particular al país y lo diferencian de muchas otras naciones, en las que no se visualiza la influencia de la ayuda recibida por múltiples motivos, que van desde inestabilidad política, cambios de gobiernos, poco desarrollo de recursos humanos, mala definición de sus prioridades hasta una deficiente gestión, en la que la corrupción y el fraude son elementos distintivos. Esta afirmación de la autora coincide con publicaciones nacionales e internacionales que hacen referencia al tema objeto de estudio.^{8, 18, 22, 29,125}

La forma en que se realiza la planificación, ejecución, seguimiento y control de la cooperación, unido a la aplicación de procedimientos específicos del entorno normativo e institucional cubano, determinan la manera en que se asumen las buenas prácticas de la CIS en el país.

En las entrevistas en profundidad realizadas a los expertos, fueron emitidos diferentes criterios que después de realizado el proceso de codificación y recodificación, se presentan de la siguiente forma:

Relacionado con los criterios de marco institucional, consenso, y horizontalidad:

- Todos señalaron el alto valor que se concede a la rectoría que se realiza desde el MINCEX, con las siguientes apreciaciones: a) es el organismo que se encarga del control y supervisión de la cooperación, b) actúa como el responsable de negociar, coordinar, asesorar y garantizar su seguimiento, c) es el interlocutor principal para los actores interesados en apoyar proyectos y programas en el país y, d) es quien mantiene la conducción metodológica de esta actividad desde el nivel central hasta el local.
- Existencia de estabilidad política, un adecuado entorno normativo e institucional.

En cuanto a necesidad previa, equidad, aprendizaje mutuo, y la existencia de procesos inclusivos, la mayoría refirió:

- Existen procesos de programación participativos con contrapartes de otros sectores.
- Hay debate con autoridades gubernamentales en los temas que atañen a la cooperación.
- Se garantiza que los proyectos de colaboración respondan a los intereses y prioridades nacionales.
- Como parte de la descentralización de las actividades de colaboración también se involucran a otras contrapartes nacionales como: ministerios, estructuras de gobierno a nivel municipal y provincial, asociaciones sectoriales, institutos nacionales, ONG, centros académicos y de investigación.

Sobre el aprovechamiento de capacidades sectoriales y la sostenibilidad de las acciones, todos destacaron:

- La presencia de capacidad instalada en todo el territorio, lo que permite un enfoque científico técnico de las acciones con mayor sostenibilidad en el tiempo.
- Alta calificación de los recursos humanos que facilita la gestión y realización de investigaciones. Esto permite un mejor uso de los recursos financieros por no requerir de la contratación de expertos.
- La activa participación del gobierno y de las instituciones nacionales en los proyectos de cooperación.
- Se potencia la sostenibilidad en el tiempo de los resultados.

En cuanto a la efectividad, ser transferible y su impacto, la mayoría hizo referencia a los siguientes aspectos:

- Hay mayor efectividad en el uso de los recursos, cooperación alineada con las prioridades.
- Se constata transparencia en la utilización de los recursos financieros.

- Existe la posibilidad de replicar, sistematizar y documentar las experiencias exitosas.
- Los resultados impactan en el país, en la contraparte y en ocasiones en un tercero.
- Reconocida experiencia y capacidad para la cooperación Sur - Sur y triangular.

Se puede afirmar que hay consenso que en Cuba existe una rectoría organizada de la CIS. En tal sentido, la interrelación con el MINCEX es esencial, al facilitar el diálogo y coordinación entre contrapartes cubanas y con actores de la cooperación en el país, aspectos que coinciden con publicaciones consultadas sobre el tema.^{21, 29}

Sin embargo, existen elementos que emergieron de las entrevistas realizadas a los expertos, relacionados con limitaciones o aspectos negativos que inciden en la eficiencia de la cooperación internacional. Existió consenso en lo siguiente:

- Dificultades y demoras en los procesos de aprobaciones, a partir de los cambios organizacionales y del reordenamiento institucional que conllevan al cambio de interlocutores en las contrapartes nacionales.
- Dilatados procesos de aprobación, existencia de numerosos pasos burocráticos y autorizaciones de diferentes niveles.
- Dificultades para la adquisición en el país de los insumos y materiales necesarios; además la existencia de dualidad monetaria y cambiaria.

En entrevista de la autora a la Lic. Magalys Estrada García, Directora General de Cooperación del MINCEX, refirió: “en el país la actividad de la cooperación internacional está regulada. En estos momentos se actualiza el marco jurídico, con la aprobación de nuevas normas, estas definen un proceso de actuación integral que contempla la unificación de procedimientos y disposiciones legales con la voluntad de lograr una mayor agilidad en las aprobaciones e incluye los retos asociados al contexto actual en el ámbito nacional e internacional”.

Además, ratificó: “la colaboración debe responder fundamentalmente a las prioridades establecidas por el Gobierno cubano. De esta forma, se asegura que las intervenciones sean más coherentes y se articulen con las estrategias nacionales de desarrollo. Esto facilita la continuidad en el tiempo de los resultados e impactos alcanzados, junto a la posibilidad de replicar las experiencias positivas”.

Con la aplicación de la metodología definida en esta investigación para la identificación de experiencias y buenas prácticas de la CIS, la autora pudo constatar su existencia en el país.

De los 13 criterios adoptados, se cumplen en su totalidad 11, existen dos relacionados con el marco institucional y la eficiencia que tienen un cumplimiento parcial, motivados por las limitaciones expresadas por los expertos, en las entrevistas en profundidad realizadas.

Como elemento distintivo, cabe señalar que ambos criterios forman parte del proceso actual de transformaciones y actualización del marco jurídico de la CIS en el país.

El seguimiento y control de las acciones que se realizan son aspectos esenciales para el uso óptimo de los recursos y la sostenibilidad de los resultados. En Cuba cada organismo realiza un monitoreo permanente del estado de cumplimiento de los diferentes proyectos y actividad de cooperación, a su vez, el MINCEX mantiene un chequeo trimestral. Estas actividades están establecidas y normadas en el marco legal vigente.^{52, 53}

Por su parte, los diferentes actores de la cooperación y las agencias del SNU realizan evaluaciones de forma anual y al final del programa de cooperación (cuatro años), con el propósito de optimizar los resultados, vincularlos con los mandatos globales y alinearlos con las necesidades y prioridades del país.¹²⁶

La conducción de la cooperación internacional en el país está en constante transformación. En consonancia con lo expresado por Sebastián,¹²⁷ se requiere de un cambio de paradigmas, de

formas de pensamiento y conocimiento, lo que implica un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje para lograr la mayor efectividad de estas acciones.

III.3.a. Experiencias de los actores de la cooperación en salud

Como parte de la evidencia registrada en esta investigación, se recogen criterios y opiniones de actores directos de la cooperación internacional en salud en diferentes momentos de visitas a Cuba.

En el año 2018, se realizó la evaluación conjunta del programa 2015-2018 del trabajo con GAVI. En la reunión de conclusiones el Dr. Homero Hernández, responsable de este Organismo para la Región de las Américas, expresó: “para nosotros, como entidad de asistencia técnica, poder acompañar este proceso ha sido muy interesante, porque es muy diferente al que se da en los países que son muy pobres y las necesidades son muchas. En este caso, se potencian más cuestiones con el equipamiento y menos el desarrollo de capacidades en el país. Cuba ya tiene una excelente capacidad, que hace una diferencia”.¹²⁸

Lo anterior ratifica el criterio de esta autora sobre las potencialidades existentes en el SNS, en específico el desarrollo de los recursos humanos y las capacidades instaladas, estos aspectos contrastan con otros países, constituyen incentivos para la realización de nuevas y mayores acciones de cooperación.

Se suscribe el criterio de Laura Nervi, en su publicación: De los Procesos de Cooperación Internacional en Salud y sus Problemas,¹ al señalar: “La cooperación internacional de Cuba en salud tuvo una influencia decisiva, en especial en América Latina y en África, fue el primer país en desarrollar lo que hoy se denomina cooperación Sur-Sur. Basada en el principio de solidaridad entre los pueblos y las lecciones aprendidas a través de la construcción de su propio sistema nacional de salud público y universal”.

En la entrevista a Peter Tschumi, Director de COSUDE, expresó: “tenemos muchas experiencias en estos 20 años de cooperación con Cuba, en sectores sociales, la agricultura y el cambio climático. Pero también muchas lecciones aprendidas y buenas prácticas, estas se pueden extender a nivel nacional y contribuir a las políticas públicas”.

Lo anterior está en concordancia con la decisión cubana de estimular la cooperación descentralizada y potenciar el desarrollo local.⁷⁷ Otro elemento distintivo, es el acompañamiento que los diferentes actores de la cooperación realizan en las transformaciones que se producen, lo que constituye un elemento potenciador en los resultados y un valor agregado.

En la publicación: Cooperación Unión Europea-Cuba. Contribución a la Agenda 2030 del Desarrollo Sostenible, se recoge lo siguiente: “La Unión Europea quiere mejorar cada día en su cooperación con Cuba: la pertinencia de la selección de sectores en los que dialogamos y aprendemos mutuamente; en la soberanía y el liderazgo del país en dicha cooperación; y en el impacto de nuestras acciones ligado a la sinergia con inversiones que puedan llegar a escala nacional. Creemos que esa “polinización cruzada” de ideas, experiencias y compromisos, unida a la solidaridad en recursos materiales, son nuevos y más sostenibles horizontes”.¹²⁹

El Director Ejecutivo de ONUSIDA y Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas, Sr. Michel Sidibé, en visita realizada en el año 2017, felicitó a Cuba por los logros alcanzados en el programa de control de las ITS, VIH/sida, incluida la certificación de ser el primer país en el mundo en lograr la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la Sífilis Congénita y expresó: “Cuba es un país con gran credibilidad, por lo que ponemos nuestros mejores recursos para apoyar todo lo que ustedes hacen por su propia gente”.¹³⁰

En el año 2014, la exdirectora de la OMS, Dra. Margaret Chan, señaló: “siempre que vengo a Cuba descubro algo nuevo. Una de las cosas que me ha impactado muchísimo, es el hecho de comprobar que el sistema de salud pública cubano funciona no solo como una interfaz con el

paciente, sino que establece una estrecha relación con el proceso de investigación y de desarrollo, el principal objetivo es brindar servicios a la población. Me alegra saber que estas experiencias pueden ser fortalecidas y compartidas por la cooperación internacional”.¹³¹

El Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, en visita que realizó en abril de 2018, subrayó la importancia de aprender de Cuba, por los esfuerzos que hace por mantener su sistema sanitario, destacó la importancia de divulgar más estos avances, señaló “la política del país en este campo está en sintonía con las aspiraciones de la OPS/OMS en cuanto a alcanzar una cobertura universal mediante la APS, en lo que el país es un ejemplo”.¹³²

Consideraciones finales del capítulo

Los avances alcanzados en el sistema sanitario cubano son resultado de las políticas económicas, sociales y públicas implementadas con un marcado compromiso social y de tener al individuo en su centro, aspectos que han definido la forma en que se canaliza la cooperación internacional en el país.

El acompañamiento de la cooperación internacional en salud y de los procesos derivados en busca de la efectividad de sus acciones, están en relación con los elementos que caracterizan la evolución histórica del sistema sanitario cubano, como un elemento potenciador de su desarrollo y siempre en concordancia por las prioridades establecidas para cada momento.

En Cuba existen experiencias positivas de la cooperación internacional en salud y cumple con los criterios de buenas prácticas. Existe un proceso de actualización del marco jurídico existente en el país para mejorar su efectividad, con el propósito de ampliarla y diversificarla en pos del desarrollo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La cooperación internacional en salud recibida ha estado presente durante toda la historia del sistema sanitario cubano en el periodo revolucionario, ha sido amplia, diversa y heterogénea. Las capacidades técnicas desarrolladas por el sector salud y la existencia de una institucionalidad político administrativa a nivel central y sectorial, han permitido el uso efectivo de los recursos adquiridos por esa vía, en beneficio de la salud de la población.

Los logros de la salud pública cubana alcanzados en las diferentes etapas evolutivas del sistema sanitario han contado con la contribución de la cooperación internacional, con marcada influencia en cada una de ellas, sus acciones fueron replanteadas y alineadas a las prioridades que surgieron, como un proceso dialéctico en constante desarrollo e impactadas por los elementos globales, regionales y locales que generaron cambios económicos y sociales en el país.

El fortalecimiento político, institucional, legal, de gestión en el sector científico y técnico, con la consecuente creación de capacidades humanas y de infraestructuras, son experiencias y criterios de buenas prácticas, identificados por los actores de la cooperación internacional en el país, estos constituyen incentivos para continuar con los programas de cooperación y replicarlos a otros contextos nacionales e internacionales.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Sugerir al Ministerio de Salud Pública:

-  Promover con los actores de la cooperación en salud la sistematización de experiencias y buenas prácticas en Cuba, como estudios de caso, que favorezcan la divulgación de experiencias exitosas y potencien nuevas formas de participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nervi L. De los Procesos de Cooperación Internacional en Salud y sus Problemas. DIVERSITATES Int J: [Internet]. 2014 jul [citado 26 enero 2006]; 6(1): [aprox. 12p.]. Disponible en: <https://diversitatesjournal.wordpress.com/vol-06-n-01-2014/>
2. Buss PM, Ferreira JR. Critical essay on international cooperation in health. RECIIS –Eletr Rev of Com Inf Innov Health [Internet]. 2010 [citado 26 enero 2019];4(1):87. Disponible en: https://www.academia.edu/10812243/Critical_essay_on_international_cooperation_in_health
3. Ferreira JR. Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. Rev. Educación Médica y Salud. 1976;10(4):335-344.
4. Kickbush I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull of the World Health Organization [Internet]. 2007 [citado 30 enero 2019];85(3):230-232. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636243/>
5. González-López R. Aniversario 110 de la Organización Panamericana de la Salud. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 28 Nov 2022]; 38 (4) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/193>
6. Organización Panamericana de la Salud, Secretaría General Iberoamericana. La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2017 [citado diciembre 2019]. [aprox. 12 p.] Disponible en: <https://www.segib.org/wp-content/uploads/OPS-SEGIB-Cooperacion-Sur-Sur-salud-Iberoamerica-publicado.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo 48. Resol 16. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. [Internet]. Washington, D.C., EUA: OPS; 2008. [citado 23 diciembre 2019]. [aprox. 14 p.]

Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd48r16-salud-relaciones-internacionales-su-vinculacion-con-gestion-desarrollo-nacional>

8. Brito Pedro E. La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Mar [citado 2022 Dic 18]; 40(1): 96-113.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100011&lng=es.

9. Organización Panamericana de la Salud. Delgado García G. Centenario del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1909-2009). Revista Especial “La OPS/OMS reconoce los logros de la salud pública cubana” [Internet]. 2009 [citado 30 enero 2019]. Disponible en:

https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&alias=208-revista-especial-por-los-100-anos-del-minsap-2009&category_slug=documentacion-tecnica&Itemid=226

10. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Sep [citado 5 enero 2021];36(3):254-262. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010&lng=es

11. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 1998 Dic [citado 5 enero 2021];24(2):110-118. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es

12. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Meriño C, Valdivia Onega C, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y estabilidad. Rev panam salud pública. [Internet]. 2018 abril [citado 5 enero 2021]; 42:(e25).

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34899/v42e252018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

-
13. Portal Miranda JA. Discurso pronunciado en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza [Internet]. 27 de mayo 2019 [citado 26 diciembre 2019]. Disponible en: <https://cuba.campusvirtualsp.org/intervencion-del-ministro-de-salud-publica-dr-jose-angel-portal-miranda-en-la-72o-asamblea-mundial>
14. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 09 mayo 2020]:p1-206. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
15. De la Torre Motejo E, Márquez M, Rojas Ochoa F, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C. Salud para todos Si es posible [Internet]. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social;2005 [citado 2 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/cub/dmdocuments/BI0delaTorreSaludParaTodoIndice.pdf>
16. Martín López L. Discurso del Doctor José Ángel Portal Miranda en el acto de graduación de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana [discurso]. La Habana 19 de julio 2019. [citado 2 diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.tribuna.cu/salud/2019-07-19/discurso-del-doctor-jose-angel-portal-miranda-en-el-acto-de-graduacion-de-la-universidad-de-ciencias-medicas-de-la-habana>
17. Delgado Bustillo (editor). Aniversario de la Colaboración Médica cubana Unidad Central de Cooperación Médica. Anuario estadístico del año 2019; 9(1):14-21.
18. Feinsilver JM. Fifty years of Cuba's medical diplomacy: from idealism to pragmatism. Cuban Stud. 2010; 41:85-104.
19. Hadad Hadad J. La cooperación Cuba-Organización de las Naciones Unidas en la salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 11 julio 2018];37(4):519-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400016&lng=es

-
20. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. 60 Aniversario, el momento de la renovación. 1ª ed. Miramar, La Habana Cuba: Agencias, Fondos y Organismos del Sistema de Naciones Unidas España; c2005. 15p.
21. Milanés L. Ciencia cubana, desarrollo y cooperación [Internet]. 2020 jul [citado 5 enero 2021]. Disponible en: <https://www.cubahora.cu/ciencia-y-tecnologia/ciencia-cubana-desarrollo-y-cooperacion>
22. Martínez Cruz E, Hernández Meléndrez D E, Reinoso Medrano T. La cooperación internacional y el sistema de salud cubano desde una perspectiva social. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2022 Mar [citado 2023 Ene 07]; 48(1): e3030. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662022000100015&lng=es
23. Hadad Hadad J, Valdés Llanes E. La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2010 Sep [citado 5 ene 2021]; 36(3): 235-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300008&lng=es
24. Marimón Torres N, Torres Martínez E. Efectos del bloqueo económico, financiero y comercial de Estados Unidos en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 10 enero 2020];39(2): [aprox. 20p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662013000200010
25. Castell-Florit Serrate P, Más-Bermejo P. Cuba: Time to Expand Health in All Policies. MEDICC Review [Internet]. 2016;18(4):48. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=437548048010>
26. Martínez Calvo S. El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba. Rev bras epidemiol. [Internet]. 1999 Ago [citado 10 enero 2020];2(1-2):19-33. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/CQ7HFnBGYYxYx5jicTgN6Nz/?lang=es>

-
27. Coelho F. Significado de Cooperación [Internet]. c2013-2021 [citado 3 enero 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/cooperacion/>
28. Significados[Internet]. Portugal: 7Graus; c2013-2021 [citado enero 2020]. Significado Colaboración; [aproximado 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.significados.com/colaboracion/>
29. Cabrera Pérez V. La cooperación internacional para el desarrollo en Cuba. Un caso de estudio. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM [Internet]. 2014 mayo [citado 3 enero 2020]; (nº 29): [aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/599-2014-05-19-PLMP_Finalista_Viviana.pdf
30. Prado Lallande JP. Cronología histórica de la cooperación internacional para el desarrollo. Pasado y Presente. (1821-2009) [Internet]. S. A [citado 3 enero 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/14348015/Cronolog%C3%ADa_de_la_cooperaci%C3%B3n_internacional_para_el_desarrollo._Antecedentes_pasado_y_presente_1821-2009
31. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE [Internet]. Organisation for Economic; 2016 [citado 10 enero 2020]. Relaciones globales del CAD; [aproximado. 10pantallas.]. Disponible en: https://www.oecd.org/dac/dac-global-relations/2016_Adhesi%C3%B3n_al_comit%C3%A9_de_ayuda_al_desarrollo.pdf
32. Cabrera Pérez V. La Cooperación Internacional al Desarrollo y la evaluación de sus políticas: una aproximación teórica. Centro de investigaciones de Economía Internacional, La Habana [Internet]. 2013 [citado 3 enero 2020]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/ciei-uh/20141013111239/LACOOOPERACIONINTERNACIONALALDESARROLLOYLAEVALUACIONDESUSPOLITICAS.pdf>

-
33. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. Resoluciones aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el Consejo Económico y Social y la Comisión Económica para América;1975 [citado 6 enero 2020]. Repositorio digital. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/13216?locale-attribute=es>
34. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) [Internet]. Paris: OCDE [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://www.oecd.org/acerca/>
35. Jérôme D. La Ayuda Oficial al Desarrollo en las antípodas de la solidaridad [Internet]. 2018 [citado 10 enero 2020]. Disponible en: https://www.cadtm.org/spip.php?page=imprimer&id_article=15759
36. London S Formichella M. El concepto de desarrollo de Sen y su vinculación con la Educación. Economía Soc [Internet]. 2006 [citado 10 enero 2020]; XI (17):17-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/510/51001702.pdf>
37. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano [Internet]. CEPAL - Naciones Unidas; 2010 [citado 10 enero 2020]. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/HDR_2010_SP_Complete_reprint.pdf
38. Pérez Rodríguez, V. La financiación para el desarrollo: una aproximación teórica. Econ y Desarrollo [Internet]. 2017 [citado 4 enero 2020];158(1):116-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0252-85842017000100009&lng=es&nrm=iso
39. Ruiz Fernando N. La cooperación internacional Sur-Sur en América Latina y el Caribe: una mirada desde sus avances y limitaciones hacia un contexto de crisis mundial 2010. Rev econ

Caribe [Internet]. 2010 [citado 4 enero 2020];(5):188-236. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640498>

40. Pérez, J.A, Alañón Pardo A. Mediciones alternativas de la cooperación internacional para el desarrollo en el contexto de la agenda 2030. Revista int. cooperación desarro [Internet]. 2016 [citado 4 enero 2020];3(1):56-75. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/430-2016-10-25-medidas%20alternativas%20de%20la%20cooperaci%C3%B3n%20internacional.pdf>

41. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo Monterrey (México) [Internet]. 18 a 22 de marzo de 2002. Documento A/CONF.198/3. Proyecto de documento final de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conf/ffd/2002/pdf/ACONF1983.pdf>

42. Naciones Unidas. Conferencia internacional de seguimiento sobre la financiación para el desarrollo encargada de examinar la aplicación del Consenso de Monterrey Doha (Qatar) [Internet]. 29 de noviembre a 2 de diciembre de 2008. Documento A/CONF.212/L.1/Rev.1. [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/VIMICI/Publicaciones%20e%20Informes/Cooperaci%C3%B3n%20Eficaz%20al%20Desarrollo/Conferencias%20Financiacion%20de%20la%20Cooperacion%20Internacional/2008%20Doha.pdf>

43. OECD. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra. Foro de Alto Nivel [Internet]. 28 febrero-2 marzo 2005 [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>

44. Agencia uruguaya de Cooperación Internacional. De la eficacia de la ayuda a la eficacia de la cooperación al desarrollo: Analizando los resultados del Cuarto Foro de Alto Nivel de Busán [Internet]. Montevideo, marzo de 2012. [citado 10 enero 2020]. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-uruguaya-cooperacion-internacional/sites/agencia-uruguaya->

[cooperacion-](#)

[internacional/files/documentos/publicaciones/Analisis_DelaEficaciadelaAyudaalaEficaciadelaCI2012.pdf](#)

45 Cristina Xalma. Secretaria General Iberoamericana. Informe de la Cooperación Sur Sur en Iberoamérica. Estudios SEGIB No 4. [Internet]. Noviembre 2009 [citado 13 noviembre 2022]: [aprox. 145p.]. Disponible en: <https://www.segib.org/wp-content/uploads/Sur-Surweb.pdf>

46 Cristina Xalma. Secretaria General Iberoamericana. Informe de la Cooperación Sur Sur en Iberoamérica. Estudios SEGIB No 5. [Internet]. Noviembre 2010 [citado 13 noviembre 2022]: [aprox. 157p.]. Disponible en: <https://informesursur.org/wp-content/uploads/2021/03/inf-coop-sur-sur-2010.pdf>

47 Secretaria General Iberoamericana. XVIII Cumbre Iberoamericana. Programa Iberoamericano para el fortalecimiento de la Cooperación horizontal Sur Sur. 2008. [Internet].

[citado 8 enero 2021]; Disponible en: <https://www.segib.org/wp-content/uploads/Documento-Formulacion-Programa-Sur-Sur.pdf>

48 Tezanos Vázquez E. Martínez de la Cueva Astigarra A. América Latina y El Caribe: Ayuda Oficial al Desarrollo en el punto de inflexión del milenio. Prob. Des. [Internet]. 2010 jul-sept [citado 29 enero de 2020]; 162(41): [aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prode/v41n162/v41n162a3.pdf>

49. Rodríguez JC. ¿Por qué la Revolución Cubana? [Internet]. La Habana, Cuba: Editorial Capital San Luis; 2010 [citado 3 febrero de 2020]. Disponible en: http://streaming.fidelcastro.cu/Libros/Porque_RevolucionCubana_ES.pdf

-
50. Arocha Mariño C. La Economía y la Salud Pública en Cuba en la década de 1960. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 Dic [citado 3 febrero 2020]; 26(2):141-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200009&lng=es
51. Delgado García G. Pichardo Días M. La representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de salud [Internet]. La Habana: PALCOGRAF;2002 [citado 21 febrero 2020].
Disponible en:
https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sd-pwr&alias=183-serie-desarrollo-pwr-2002-conmemorando-100-anos-de-salud-2002&Itemid=226
52. Ministerio de Relaciones Exteriores. [Internet]. Cuba: Minrex; c2019 [citado 6 febrero 2020]. Síntesis Historia; [aproximado 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.minrex.gob.cu/es/historia>
53. Ministerio de Comercio Exterior y la Inversión Extranjera [Internet]. Cuba: MINCEX;2009 [citado 6 febrero 2020]. Historia del Ministerio de Comercio Exterior de Cuba; [aproximado 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.mincex.gob.cu/es/Ministerio/#pub-1>
54. Ministerio de la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica. Gaceta Oficial de la República de Cuba.011 [Internet]. Resolución 15/2006. [citado 7 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.mincex.gob.cu/files/Normas-para-la-Colaboracion-Economica-que-Cuba-Recibe-Resolucion-15-2006.pdf>
55. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. [Internet]. Naciones Unidas; c2022 [citado 4 febrero 2020]. La cooperación Cuba-Organización de Naciones Unidas en la salud; [aproximado 3 pantallas]. Disponible en: <https://cuba.un.org/es/about/about-the-un>
56. EcuRed [Internet]. Cuba [citado 14 enero 2022]. Período especial (1990-1999); [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Per%C3%ADodo_especial

57 Delgado García Gregorio. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1998 Dic [citado 2022 Dic 07]; 24(2): 110-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es.

58 Rojas Ochoa Francisco. La Salud Pública Revolucionaria Cubana en su aniversario 50. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 2022 Dic 07]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100003&lng=es.

59. Cubadebate. Lineamientos de la Política Económica y Social del VI Congreso del PCC. [citado 9 mayo 2011]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2011/05/09/descargue-en-cubadebate-los-lineamientos-de-la-politica-economica-y-social-pdf/>

60. Piza Burgos N, Amaiquema Márquez F, Beltran Baquerizo G. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Conrado* [internet]. 2019, vol.15, n.70 [citado 2022-12-08], pp.455-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&nrm=iso

61 Universidad Abierta de Cataluña UOC. Técnica de Lluvia de ideas (*Brainstorming*). [Internet]. [consultado 20 octubre 2022]. Disponible en: http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_156/programa/main/viu/tecnicas/viu30.htm

62 Tapella E. El Mapeo de actores claves. Universidad Nacional de Córdoba. 2011. [Internet]. [citado 6 febrero 2020]. Disponible en: <https://planificacionsocialunsi.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>

63 Agencia de Cooperación Internacional de Chile. Ministerio de Relaciones Exteriores. Buenas prácticas en cooperación Sur-Sur triangular en Chile: Criterios y metodología de selección de

casos. [Internet]. Santiago, Chile; 2012 [citado 8 de diciembre 2022]. Disponible en:

https://www.agci.cl/images/centro_documentacion/otros/criterios3.pdf

64 Agencia Mexicana de Cooperación para el Desarrollo. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Buenas prácticas de cooperación internacional para el desarrollo entre el Sistema de Naciones Unidas y el Gobierno de México. Programa de cooperación AMEXCID-PNUD. [Internet]. Ciudad de México; 2018 [citado 8 de diciembre 2022]. Disponible en:

<https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/buenas-practicas-de-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo-entre-el-sistema-de-naciones-unidas-y-el-gobierno-de>

65. Manzo Rodríguez L, Alfonso Sánchez IR, Armenteros Vera I, Farías Rodríguez VM, Rodríguez Orozco AR [Internet]. Big 6™: un modelo para la búsqueda y organización de la información. Estudio de un caso. Las competencias docentes en las carreras de medicina. *Acimed* 2006;14(3). [citado 23/02/22]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v14n3/aci04306.pdf>

66. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM)– Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. [Internet] 2013. [Citado 22/02/22] [aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/declaracion_helsinki.pdf

67. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1984. Documento Oficial No 201. Ed. OPS. Washington, D.C, 1985. [Internet]. [citado 6 febrero 2020]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/37439?locale-attribute=es>

68. OPS/OMS. La Estrategia de Cooperación de País. Nota Estratégica. Cooperación Técnica entre OMS/OPS y la República de Cuba 2012-2015. [Internet]. [citado 23 noviembre 2020]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126:country-cooperation-strategy-ccs&Itemid=1849&lang=es

-
69. Martínez Cruz E. La cooperación internacional de salud, su desarrollo y relación con el Sistema Nacional de Salud. Rev INFODIR. Información para directivos de salud. [Internet]. 2021 [citado 2022 Dic 07]; (Ene-Abr);34: e_1020. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1020/1268>
70. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida 2014-2018; 2013. [Internet]. [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/vihsida/2015/11/23/plan-estrategico-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-de-las-its-y-el-vihsida-2014-2018/>
71. Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Proyecto “Expansión y descentralización de acciones, para la prevención del VIH/SIDA y para la atención integral y apoyo a las personas que viven con VIH/Sida en la República de Cuba”. La Habana: Gobierno de Cuba; 2007. Informe Técnico; 4
72. Agencia de Energía Nuclear OIEA: A 20 años de la Agencia de energía nuclear. Revista Panorama nuclear. Nucleus No 56, 2014. [Internet]. [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/nuc/n56/nuc015614.pdf>
73. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Relaciones Internacionales. Informe anual: Proyecto con la Alianza GAVI “Fortalecimiento del Sistema de Salud”. La Habana, Cuba: Gobierno de Cuba; 2008. Informe Técnico; 5
74. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Relaciones Internacionales. Informe: Proyectos Cuba-Fondo Mundial. Compendio de documentos, responsabilidades y procedimientos 2015-2017. “Respuesta al VIH para poblaciones claves 2015-2017”. La Habana, Cuba: Gobierno de Cuba; 2018. Informe Técnico; 12

-
75. Embajada de Japón en Cuba. Asistencia para el desarrollo. [Internet]. [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.cu.emb-japan.go.jp/itpr_es/asistencia_desarrollo.html
76. Suiza y Cuba. Oficina de Cooperación en Cuba COSUDE. Cooperación Internacional. [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.eda.admin.ch/countries/cuba/es/home/cooperacion.html>
77. González E. Cuba rehabilitará hospitales con préstamo del Fondo Saudí para el Desarrollo. Cubadebate. [Internet]. 2010 [citado 27 noviembre 2020]. Pag 1 Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2010/04/28/cuba-rehabilitara-hospitales-con-prestamo-del-fondo-saudi-para-el-desarrollo/>
78. República francesa. Agencia Francesa de Desarrollo: Para un mundo en común. La AFD y Cuba. [Internet]. 2020 [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.afd.fr/es/page-region-pays/cuba>
79. Álvarez Elena C. Descentralización y diversificación en la economía cubana: Nuevas bases para la cooperación internacional. Cuba. Siglo XXI. Economía. [Internet]. 2019 [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/economia/alvarez1_280201.htm
80. Castro R. F. La historia me absorberá. Fidel. Soldado de las ideas. [Internet]. [citado 9 noviembre 2020]. Disponible en <http://www.fidelcastro.cu/es/libros/la-historia-me-absolvera-edicion-anotada>
81. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1998 Dic [citado 22 diciembre 2020]; 24(2): 110-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es.

-
82. Rojas Ochoa F. La Salud Pública Revolucionaria Cubana en su aniversario 50. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 8 diciembre 2020]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100003&lng=es
83. Delgado García G. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1996 Jun [citado 21 febrero 2020]; 22(1): 21-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100011&lng=es
84. Castell Florit P, Ramírez A, Mesa G. El sistema nacional de salud de Cuba. Infodir. Conferencia 09. Curso Introductorio Dirección en Salud CD 1. Profesores. [Internet]. 2014 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/infodir/temas.php?idv=7591>
85. Morales Ojeda R. Las transformaciones del Sistema de Salud Pública cubano. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Dic [citado 8 diciembre 2020]; 43 (4): 499-500. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400001&lng=es
- 86 Beldarraín Chaple E. Cambio y Revolución: El surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959-1970. DYNAMIS. Acta Hisp. Med.Sci. Hist. Illus.2005, 25, 257-278. [Internet]. [citado 7 diciembre 2020]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v25/02119536v25p257.pdf>
- 87 Vela-Valdés J, Salas-Perea RS, Quintana-Galende ML, Pujals-Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 abril. [citado 7 diciembre 2020]; 42(e33). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>
- 88 López Ambrón L, Egües Torres LI, Pérez Carreras A, Galindo Santana BM, Galindo Sardiña MA, Resik Aguirre S, et al. Experiencia cubana en inmunización, 1962–2016. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 abril. [citado 7 diciembre 2020]; 42: (e34). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.34>

-
- 89 Arocha Mariño C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2000 Jun [citado 5 enero 2021]; 26(1): 57-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100008&lng=es.
90. Rojas Ochoa Francisco. The first internationalists. Educ Med Super [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 23]; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000200001&lng=es.
91. Suárez P. Cuba RDA: una historia de 55 años a pesar del bloqueo estadounidense. Bienvenidos [Internet]. 2020 [citado 18 diciembre 2020]. Pag.1 Disponible en: <http://www.bienvenidoscuba.es/revista/2020/05/02/cuba-rda-una-historia-de-55-anos-a-pesar-del-bloqueo-estadounidense/>
- 92 Castro Pacheco B. La experiencia en la atención a la salud infantil 1959-2006. Editora Política ISBN 978-959-01-0904-1; 2013. [Internet]. [citado 27 noviembre 2020]. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789590109041/la-experiencia-en-la-atencion-a-la-salud-infantil-1959-2006/>
- 93 Rojas Ochoa F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 18 diciembre 2020]; 41(Suppl 1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003&lng=es.
- 94 Garcés Guillén S. La salud pública en Cuba: un ejemplo de justicia e inclusión social. XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, [Internet]. 2015. [citado 7 febrero 2020]. Lima, Perú, 10-13 nov 2015. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/ADCB6A4A68BBF28505257FA80074C567/\\$FILE/garcegui.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/ADCB6A4A68BBF28505257FA80074C567/$FILE/garcegui.pdf)
95. Quintero Santos J, Los giros del comercio exterior y la inversión extranjera directa en Cuba. RETOS. Revista de Ciencias de la Administración y Economía [Internet]. 2013 [citado 7 enero 2022];3(6):171-183. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=504550956005>

-
96. Díaz Vásquez J. Cuba y el CAME. Rev Temas [Internet]. julio-septiembre 2008 [citado 27 noviembre 2020]; 55:115-125. Disponible en: <http://temas.cult.cu/wp-content/uploads/2008/07/55-completo-P.pdf>
97. Luna Morales C. Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L. La transformación del Policlínico en Cuba de cara al siglo XXI, Salud para Todos en el siglo XXI: 48 años de experiencia cubana, en "De Alma Ata a la Declaración del Milenio, Conferencia Internacional de salud para el Desarrollo: Derechos, hechos y realidades; Buenos Aires, 2007. Editorial de Ciencias Médicas; ECIMED; 2007
98. García L. Especialidad de Toxicología, su origen y desarrollo. Revista Toxicología. [Internet]. 2020 [citado 18 diciembre 2020]. Pag 1. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/toxicologia/docencia/especialidad-de-toxicologia/>
- 99 Salabarría García J. La lucha por el mantenimiento y desarrollo de los logros alcanzados 1990-2009. Revista Especial "La OPS/OMS reconoce los logros de la salud pública cubana". [Internet]. 2009 mayo. [citado 4 enero 2021]; 32-36. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&alias=208-revista-especial-por-los-100-anos-del-minsap-2009&category_slug=documentacion-tecnica&Itemid=226
100. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola. Rev cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [citado 19 dic 2020]; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100008&lng=es.
101. Suarez Jiménez J. El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 1997 dic [citado 26 diciembre 2020]; 23 (1-2): 5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001

-
- 102 Llano Montanet M. La Batalla de Ideas por la Excelencia en la Salud Pública Cubana. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2007 Mar [citado 2023 Ene 07]; 11(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942007000100001&lng=es.
103. Chang de la Rosa M, Alemán Lage M C, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 oct. [citado 7 octubre 2020]; 15(5): 541-547. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009
104. Lanbrove-Rodríguez O, Morejón-Giraldoni A, Venero-Fernández S, Suarez-Medina R, Almaguer-López M, Pallarols-Mariño E, et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 abril [citado 7 octubre 2020]; 42: (e23). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34897/v42e232018.pdf?sequence=3&isAllowed>
105. Márquez M. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Cuba. 1989-1996. [Internet] Ediciones Universidad de Cuenca, Ecuador; 2002. ISBN-9978-14-068-9. [citado 23 febrero 2019]. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=olX9Zq14H9MC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
106. Representación de la OPS/OMS en Cuba. Boletín de la Cooperación Técnica. [Internet] 2019 junio [citado 5 enero 2021]; 3(3). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51824/v23n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 107 Colectivo de autores. Organización Panamericana de la Salud: 120 años con Cuba. [Internet]. Portal Miranda JA, Moya Medina J, coordinadores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/organizacion-panamericana-de-la-salud-120-anos-con-cuba>

-
108. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Cooperación técnica entre Cuba y la OPS/OMS. Su historia y futuro. INFODIR [Internet]. 2009 [citado 5 enero 2021];(8). Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/370>
109. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Relaciones Internacionales: Informes de Balance periodo 2005-2018. La Habana, Cuba: Gobierno de Cuba; 2019. Informes No.: 35 - 48
- 110 UNICEF. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. Áreas de cooperación con el país. 1992-2018. [Internet]. 2019 [citado 25 Diciembre 2020]; Disponible en: <http://mapeo.onu.org.cu/document/8a097eb2f14d11e1b0ed3860774f33e8/areas-de-la-colaboracion-unicef/>
111. Morales Suárez Ileana. Las transformaciones en el Sistema Nacional de Salud cubano, su incidencia en las Universidades de Ciencias Médicas. Educ Med Super [Internet]. 2018 Mar [citado 2022 Dic 09] ; 32(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100001&lng=es.
112. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones Necesarias en el Sistema Nacional de Salud Pública. 2010. [citado 7 enero 2021]; Disponible en: <https://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf>
113. Gálvez González AM, González López R, Álvarez Muñoz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo NC, Vázquez Santiesteban M. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la Salud Universal. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2018 Abr [citado 8 septiembre 2020]; 42(e28). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.28>
114. Morales Ojeda R. Discurso pronunciado en la 71 Asamblea Mundial de la Salud. 22 de mayo 2018 Sitio web MINREX. [Internet]. 2018. [citado 7 enero 2021]; Disponible en: <http://misiones.minrex.gob.cu/es/ginebra/documentos/discurso-pronunciado-por-el-vicepresidente-del-consejo-de-estado-y-ministro-de>

-
115. González P. Las transformaciones en el sistema nacional de salud y sus impactos. CUBADEBATE. [Internet]. 2014. [citado 7 enero 2021]; Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2014/03/26/las-transformaciones-en-el-sistema-nacional-de-salud-y-sus-impactos/>
116. Morales C, Fitzgerald J. Experiencias y lecciones desde Cuba en el camino a la Salud Universal en las Américas. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2018 abril [citado 8 septiembre 2020]; 42(e63). Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.63>
117. Martínez Cruz E, Hernández Meléndrez DE, Reinoso Medrano T. La perspectiva social en la educación médica como un elemento fundamental del desarrollo sostenible. INFODIR [Internet]. 2022 [citado 7 Ene 2023];0(38). Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1172>
118. Organización Panamericana de la Salud. Resolución 4 del 160º Comité Ejecutivo CE160.R4: Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. [Internet]. 2014. [citado 9 marzo 2018]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=40785&Itemid=270&lang=es
119. Organización Panamericana de la Salud. La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis [Internet]: OPS/OMS;2015 [citado 9 abril 2019]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-6-2015-oms-valida-eliminacion-cuba-transmision-madre-hijo-vih-sifilis>
120. Sistema de Naciones Unidas en Cuba. Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2014-2018. [Internet]. 2018 [citado 7 enero 2021]; Disponible en: <http://mapeo.onu.org.cu/document/8e611716e97a11e19bb674e50b6b2106/details/>

-
121. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Cooperación de País Cuba 2018-2022. [Internet]. 2018. [citado 7 enero 2021]; Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14280:opsoms-renueva-su-estrategia-de-cooperacion-con-cuba-hasta-2022&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
122. Etienne CF. Cuba hacia la Salud Universal. Rev Panam Salud Pública. [Internet] 2018 abril [citado 8 septiembre 2020]; 42(e64). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>
123. Representación OPS/OMS Cuba. Boletín de la cooperación técnica. [Internet]. 2018. [consultado 9 enero 2021]; Vol 22, No 1; (4); Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49151/2018_Vol.22_No.1.pdf?sequence=4&isAllowed=y
124. Sanjuan Ruiz S, Cunego A. Manual para la aplicación de los principios de eficacia de la ayuda en la cooperación descentralizada española. Fundación MUSOL, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) 2012. [citado 8 enero 2021]; Disponible en: <https://musol.org/images/stories/archivos/manualeficacia012.pdf>
125. Del Sol González Y. Balance anual 2019 del MINCEX: “Hacer sostenibles los proyectos de inversión extranjera” 29 de febrero 2020. CUBADEBATE. [Internet] 2020 [citado 8 enero 2021]; Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/02/29/balance-anual-del-mincex-hacer-sostenibles-los-proyectos-de-inversion-extranjera/>
126. Rodríguez Gustá A L, Díaz Bernal Z, Morales Chuco E. Evaluación del programa de país de UNFPA en Cuba 2014-2018. Informe final de evaluación. [Internet]. 2018. [citado 9 enero 2021]; Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/Annex_CPE_Cuba_Informe_Final.pdf

-
127. Sebastián J. Conocimiento, cooperación y desarrollo. Revista CTS [Internet]. 2007 abril [citado 21 enero 2021]; 8 (3): 195-208. Disponible en: <http://www.revistacts.net/wp-content/uploads/2020/01/vol3-nro8-doss12.pdf>
- 128 Representación OPS/OMS Cuba. Boletín de la cooperación técnica. [Internet]. 2015 mayo [consultado 9 enero 2021]; 19(2). Disponible en: <https://docplayer.es/144791886-Cuba-boletin-de-la-cooperacion-tecnica.html>
129. Unión Europea. Delegación en Cuba. Cooperación Unión Europea-Cuba Contribución a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2019 octubre. [Internet]. [citado 9 enero 2021]; Disponible en: https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/brochure_cooperacion_union_europea-cuba_-_contribuyendo_a_la_agenda_2030_para_el_desarrollo_sostenible.pdf
130. INFOMED. Director Ejecutivo de ONUSIDA: la experiencia cubana en la prevención y control de las ITS y el VIH/sida. [Internet]. Junio 2017. [citado 9 enero 2021]; Disponible en: <http://articulos.sld.cu/sida/?tag=michel-sidibe>
131. Instituto Finlay. Sel-Sel. Boletín Noticioso Semanal. Nueva Serie. [Internet]. 2014 julio. [citado 9 enero 2021]; 144: [aprox. 30 p.]. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletin-noticioso-semanal&alias=1144-boletin-noticioso-semanal-no-144&Itemid=226
132. Francisco I. Director General de la OMS elogia sistema sanitario cubano. 24 de abril 2018. CUBADEBATE. [Internet]. 2018. [citado 9 enero 2021]; Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2018/04/24/director-general-de-la-oms-elogia-sistema-sanitario-cubano/>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

-
- Acosta C, Giovanella L, Heimann LS, Sánchez M, Paula A, de Vasconcelos Costa Lobato L. Una agenda de investigaciones en sistemas y servicios de salud en el contexto de la integración regional: informe del Foro MERCOSUR sobre Integración Regional y Sistemas de Salud. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 26 Ene 2021];23 (Suppl 2):S315-S321. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qhrtTyXNpWWxiFhfdVFWjFB/?format=pdf&lang=es>
 - Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). 25 años cooperando con América Latina y el Caribe Conclusiones Jornadas [Internet]. 2013 [citado 23 Dic 2022]. p.1-303. Disponible en: <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20AECID/25%20a%C3%B1os%20cooperando%20con%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20-%20Conclusiones.pdf>
 - Aja Díaz A. La experiencia de Cuba en la realización de los proyectos de capacitación e investigación en Población y Desarrollo Local (CEDEM / UNFPA). Revista Nov Pob [Internet], 2015 [citado 23 Dic 2022];11(22).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200013&lng=es&tlng=es
 - Allard Neumann R. El sistema internacional y América Latina a 50 años del Concilio Vaticano II y de sus propuestas sobre la comunidad entre los pueblos. EstudiosInternacionales. 2015;47(182):119–140. <https://doi.org/10.5354/0719-3769.2015.37889>
 - Ayllón B. La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales. Rev Carta Inter [Internet]. 2007 [citado 20 Dic 2022];2(2):32-47. Disponible en: <https://cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/416>
 - Barten F. Comentario sobre investigación en sistemas de salud, atención primaria de salud y participación para la transformación social. Saúde em Debate [Internet]. 2012 [citado 21 Dic 2022];36(94):348-351. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341762005.pdf>
 - Benach de Rovira J, Muntaner Bonet C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2022];38(Suppl 5):794-802. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es.

- Castro Quiroz JA, Medina J, Cosentino Esquerre C, Castillo Velásquez O. La cooperación internacional en salud I: Tunupa o la arquitectura de los caminos de la solidaridad y el desarrollo. Acta méd peruana [Internet]. 2008 [citado 25 Ene 2021];25(3):181-186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000300012&script=sci_abstract
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo [Internet]. Chile: CEPAL; 2016 [citado 23 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40326-estudio-economico-america-latina-caribe-2016-la-agenda-2030-desarrollo>
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). La Unión Europea y América Latina y el Caribe ante la nueva coyuntura económica y social [Internet]. 2015 Jun 10-11. Bruselas; 2015 [citado 23 Dic 2022]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38217/4/S1500331_es.pdf
- Cuba. Informe nacional sobre la implementación de la agenda 2030 [Internet]. Informe voluntario de Cuba;2019 [citado 26 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.mep.gob.cu/sites/default/files/Documentos/Informe%20voluntario.pdf>
- da Silva dos Santos I. Avaliação do impacto de programas nutricionais. Rev. Nutr Campinas [Internet]. 2009 [citado 21 Dic 2022];22(1):141-150. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rn/a/qmQyC99rf3tZNLHz6zBhMrj/?format=pdf&lang=pt>
- De Los Ríos R, Arósquipa C, Vigil-Oliver W. El financiamiento internacional para la cooperación al desarrollo de la salud de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 21 Dic 2022];30(2):133–43. Disponible en: <https://www.paho.org/journal/sites/default/files/05--Special--Rios--133-143.pdf>
- Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete ML, de Moraes Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil.Revista de Salud pública. 2010;12(4): <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000400001>
- Díaz Valdés L, Mayor Walton S. Una tríada necesaria para el desarrollo y la sostenibilidad del sistema nacional de salud cubano. GacMédEspirit [Internet].

-
- 2020 [citado 27 Dic 2022];22(2):6-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000200006&lng=es.
- Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo de España. Estrategia de Salud de la Cooperación Española Resumen ejecutivo [Internet]. Madrid;2007 [citado 23 Dic 2022].p.1-128. Disponible en: https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificaci%C3%B3n%20estrat%C3%A9gica%20por%20sectores/estrategia_salud_resumen_esp.pdf
 - Domínguez-Martín R. Cooperación financiera para el desarrollo, ADN de la cooperación Sur-Sur. Iberoamerican Journal of Development Studies [Internet]. 2016 [citado 21 Dic 2022];5(1):62-86. Disponible en: <http://ried.unizar.es/index.php/revista/article/viewFile/186/88>
 - Duarte Herrera LK, González Parias CH. Origen y evolución de la cooperación internacional para el desarrollo. Panorama [Internet]. 2014 [citado 22 Dic 2022];8(15):117-131. Disponible en: <https://journal.poligran.edu.co/index.php/panorama/article/view/554/492>
 - Farfán Mendoza G. El nuevo institucionalismo histórico y las políticas sociales. POLIS [Internet]. 2007 [citado 22 Dic 2022];3(1):87-124. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v3n1/v3n1a5.pdf>
 - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Proyecto de Documento del programa del país revisado Cuba 2014-2018 [Internet]. Cuba: UNICEF;2013 [citado 28 Dic 2022].p.1-12. Disponible en: https://sites.unicef.org/about/execboard/files/2013-PL2-Cuba_CPD-Revised-Spanish-5Aug2013.pdf
 - Galvão LA, Fortune K, Contreras A, Ragonesi A. Salud en todas las políticas: Una Conversación Regional [Internet]; 2014 May 21; EE.UU. Washington DC [citado 23 Dic 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/A_Ragonesi_Salud_en_Todas_las_Pol%C3%ADticas.pdf
 - Gámez López C. Experiencias de la cooperación internacional en el desarrollo local de la provincia de Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet].

-
- 2016 [citado 22 Dic 2022];41(11). Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/904>
- Gutiérrez JP, Téllez-Rojo MM, Torres P, Martín Romero D, Bertozzi SM. Diseño mixto de evaluación de la iniciativa Salud Mesoamérica 2015*. Salud pública de México [Internet]. 2011 [citado 22 Dic 2022];53(supl3):S386-S395. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s3/a12v53s3.pdf>
 - Harris-Roxas BF, Harris PJ, Harris E, Kemp LA. A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. Int J Equity Health [Internet]. 2011 [citado 22 Dic 2022];10:6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21276265/> doi: 10.1186/1475-9276-10-6
 - La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). La cooperación Sur-Sur en el contexto de la eficacia de la ayuda, 110 historias de caso de socios en cooperación Sur-Sur y triangular [Internet]. Colombia; 2009 [citado 27 Dic 2022]. 1-60 p. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/46080702.pdf>
 - López Cabana S. Cronología e historia de la Cooperación Sur Sur. Un aporte desde Iberoamérica. Documento de trabajo No. 5 [Internet]. Uruguay;2014 [citado 22 Dic 2022]. 1-65 p. Disponible en: https://www.segib.org/wp-content/uploads/Doc_Crono_SurSur_2014.pdf
 - Naciones Unidas. Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos. Período de sesiones anual de 2012. Prórrogas de los programas por países de la región de América Latina y el Caribe [Internet]. Tema 10 del Programa provisional 2012; 2012 Jun 25 -29. Ginebra; 2012 [citado 22 Dic 2022]. p.1-4. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/portal-document/dp.fpa_2012.4.spanish.pdf
 - Novás Tejero S, Salgado Rodríguez L, Castillo Ortega Y. El Programa de Desarrollo humano local en Cuba. Experiencia en Pinar del Río. Economía y Desarrollo [Internet]. 2007[citado 22 Dic 2022];141(1):73-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425541595004>
 - Ojeda Medina T, Echart Muñoz E. [Compiladoras]. La cooperación sur-sur en américa latina y el caribe balance de una década (2008-2018). 1a ed. Ciudad Autónoma de

-
- Buenos Aires: CLACSO [Internet]. 2019 [citado 27 Dic 2022]. p.1-258. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/qt/20190905075044/Cooperacion_SURSUR.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración del Milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 8 de septiembre del 2000; Nueva York (EUA). Nueva York: ONU; 2000 [citado 13 Mar 2014]. Resolución A/RES/55/2). Disponible en: <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
 - Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura (FAO). Marco de Programación de País 2013-2018 – Cuba [Internet]. Cuba: FAO;2013 [citado 23 Dic 2022]. Documento técnico. Disponible en: https://www-fao-org.translate.goog/family-farming/detail/ar/c/289298/?x_tr_sl=ar&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=sc
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz. Un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud [Internet]. 2010 [citado 26 Dic 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf;jsessionid=D2B2F9722DCB410E18114DFF8395CC48?sequence=1
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cooperación internacional para el mejoramiento de la práctica de la salud pública [Internet]. 16:321-328 [citado 27 Dic 2022]. Disponible en: http://www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/salud_americas/16--CH16--321-328.pdf
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe final sobre los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas [Internet]. 2017 [citado 27 Dic 2022]:106. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/jgrimau/2017/07/17/informe-final-sobre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-relacionados-con-la-salud-en-la-region-de-las-americas/>
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud [Internet]. Washington,DC: OPS;1997 [citado 28 Dic 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6207?locale-attribute=es>

-
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/10, Rev.1; 2014 Sep 29 al Oct 3. 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. EUA: Washington, D.C;2014 [citado 26 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. EUA:Washington DC;1997. p.1-26. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion_doc040.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Funciones Esenciales de la Salud Pública. [Internet]. 2006 [citado 26 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
 - Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud(OMS). La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas. 52 Consejo Directivo. 65ª. Sesión del Comité Regional. Resolución CD52.R15. 2013Sep 30 al Oct 4 [Internet]. EUA: Washington, DC; 2013 [citado 26 Dic 2022]. p.96-99. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD52-FR-s.pdf>
 - Pastrana SJ. La colaboración internacional académica en el período revolucionario y su papel en el fomento de la ciencia nacional. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 22 Dic 2022];37(Supl):695-706. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37s5/spu17511.pdf>
 - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Nuevo ciclo de cooperación PNUD en Cuba iniciará en 2020 [Internet]. 2019 Jun 13. Cuba: 2019 [citado 22 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/cuba/news/nuevo-ciclo-de-cooperaci%C3%B3n-pnud-en-cuba-iniciar%C3%A1-en-2020>
 - Red América. Diálogo de Coyuntura: La Cooperación Internacional en América Latina en la última década. entre la expectativa y la realidad [Internet]. 2016 [citado 28 Dic 2022]. Disponible en: https://www.redeamerica.org/Portals/0/Publicaciones/DesarrolloLocal/CooperacionInternacional_AmericaLatina.pdf?ver=2016-11-28-121837-430

-
- Rojo Pérez N, Laria Menchaca S, Castell-FloritSerrate P, Pérez Piñero J, Barroso Romero Z, Bayarre Veá H. Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud en Cuba y su proyección hasta el 2015. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 22 Dic 2022];36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300004&lng=es.
 - Sanabria Ramos G, Benavides López M. Evaluación del movimiento de municipios por la salud: Playa, 2001. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 22 Dic 2022];29(2):139-146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200009&lng=es.
 - Tezanos Vázquez S, Martínez de la Cueva Astigarraga A. América Latina y El Caribe: Ayuda oficial al desarrollo para América Latina y el Caribe en el punto de inflexión del milenio. Revista Problemas del Desarrollo [Internet]. 2010 [citado 26 Dic 2022];162(41):31-56. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/prode/v41n162/v41n162a3.pdf>
 - Tobar S, Buss P, Coitiño A, Kleiman A, Fonseca LE, Rigoli F, et al. Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas. [Health diplomacy: strengthening the international relations offices of health ministries of the Americas]. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2017 [citado 26 Dic 2022];41: e145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660851/> doi: 10.26633/RPSP.2017.145
 - Unfried B, Martínez C. El internacionalismo, la solidaridad y el interés mutuo: encuentros entre cubanos, africanos, y alemanes de la RDA [Internet]. Estudios Históricos Rio de Janeiro [Internet]. 2017 [citado 22 Dic 2022];30(61):425-448. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/eh/a/tRsrBHf5grg784ThSpWpWQB/?lang=es&format=pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Actores de la Cooperación Internacional en Salud en Cuba

Actores bilaterales		
Organización No Gubernamental y grupos de solidaridad	Gobiernos (centrales y/o locales)	Universidades, institutos de investigación, fundaciones
Atlantic Charitable de Irlanda	Japón	Centro de Investigaciones Psiquiátricas de la Universidad de Arhus, Dinamarca.
Oikos de Portugal	Alemania	Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica.
Disarm Education Fund de EEUU	Bélgica	Instituto Pasteur de Francia.
Caribbean Medical Humanitarian Relieve de EE.UU	Dinamarca	Drew University California
Assist International de EEUU	España (Gobiernos locales de Sevilla, Islas Baleares, Toledo, Castilla de Leon, Valencia)	Wisconsin University
Caring Partner de EEUU	Francia	Universidad J.W. Goethe de Frankfurt Main. Alemania
Pastores por la Paz EEUU	Holanda	Instituto Casan. España
Save the Children de Reino Unido	Irlanda	Universidad Southampton. Reino Unido
Humanitaria de las Antillas Holandesas	Israel	Universidad Reina de Belfast. Reino Unido
HANDICAP Internacional de Bélgica.	Italia	Universidad Oxford en Viet Nam
Fundación Ford	México	Universidad de Anpas. España
Fundación Chritoffer Blindenmission (CBM) de Alemania	Reino Unido	Universidad de Cádiz. España
FANEX, Canadá	Suiza	Clínica Mediterránea en Valencia. España
Ayuda Humanitaria Médica a Cuba de Holanda (HUMACUBA).	India	Instituto Oncológico de Suiza
Otto Bock de Alemania	Finlandia	Fundación Mundial de la Hemofilia
MEMO de Canadá	Luxemburgo	Universidad de Oxford. Reino Unido
MEDICC	China	Universidad de Londres
REI de Barcelona	Corea	Universidad de Nottingham. Reino Unido

Global Link de EEUU	Ucrania	Universidad de Bruselas. Dinamarca
Operación Walk	Hungría	Universidad Autónoma de Nuevo León. México
Atlantic Philantropics de Irlanda	Suecia	Club de Rotarios
Catholic Relieve Service de EEUU	Canadá	Fundación Terry Fox
Word Reach de EEUU	Catar	Fundación Mundial de Diabetes
Organización de Solidaridad de los Pueblos de África, Asia y América Latina OSPAAAL, España	Ecuador	Mujeres de NNUU de Viena
OXFAM Canadá	Noruega	ANPAS
COSUDE de Suiza	Países Bajos	
CBM de Alemania del Consejo de Iglesias.	Brasil	
Cruz Roja	Australia	
MediCuba Suiza	México	
MediCuba-Europa	Chile	
	Colombia	
Actores multilaterales		
Agencias del Sistema de Naciones Unidas		
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO	
Organismo Internacional de la Energía Atómica, OIEA	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO	
Agencia de Naciones Unidas para la lucha contra el sida. (ONUSIDA)	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD	
Programa Mundial de Alimentos PMA	Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población UNFPA	
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF		
Alianzas Globales en Salud		
Alianza Global de Vacunas e Inmunizaciones GAVI	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria FMLSTM	

Fuente: Resultado de la técnica de lluvia de ideas con los expertos seleccionados del MINSAP y MINCEX.

Anexo 2. Guía de análisis de contenidos

1.-Análisis externo:

1.1- Contexto histórico y circunstancias en que aparece

1.2- Establecer sus objetivos

1.3- Clasificación del documento:

Según tipo:

A- Oficial (Leyes, Resoluciones, Indicaciones)

B- Institucional (Balances de trabajo del MINSAP, MINCEX, Publicaciones)

Según nivel de aprobación y ejecución

A- Nivel Nacional: MINSAP, MINCEX y MINREX

B- Nivel Internacional: Agencias del SNU

2- Análisis interno

2.1- Determinar vigencia de su contenido. Al tratarse de una investigación histórica, se tuvo en cuenta documentos y textos enmarcados en el periodo de tiempo estudiado, con énfasis en las publicaciones de los últimos diez años.

2.2-Establecer relaciones de coincidencia, entre el contenido de los documentos escritos analizados y el tema motivo de estudio de la investigación: desarrollo del Sistema Nacional de Salud, de la cooperación internacional en Cuba, su aporte en las diferentes etapas evolutivas del sistema sanitario cubano, los diferentes programas de cooperación y todo lo relacionado con la

alineación de las acciones de cooperación con los objetivos de desarrollo del sistema y prioridades de país.

2.3-Estudiar si el contenido de cada documento contemplaba el alcance de los programas de trabajo, resultados, dificultades y proyecciones de la cooperación que se recibe, tanto de los organismos que pertenecen al SNU como de la cooperación bilateral en las diferentes etapas de desarrollo del sistema sanitario cubano.

Sobre la función metodológica para la cooperación internacional en salud, se revisaron los decretos, leyes y normativas legales del MINCEX y MINREX como rectores de la cooperación en el país, incluida la metodología establecida para las actividades de planificación, seguimiento y control de la colaboración internacional en salud del MINSAP y la evidencia sobre el desarrollo de coordinaciones interministeriales e interagenciales.

Sobre los resultados de la cooperación en las diferentes etapas de desarrollo del sistema sanitario cubano, se revisaron las conferencias magistrales de los ministros de salud pública en eventos nacionales e internacionales, realizadas en Cuba o en el exterior hasta las intervenciones en las principales reuniones de salud a nivel internacional.

También, los balances anuales del MINSAP, de la Dirección de Relaciones Internacionales y de Cooperación del MINSAP, de las direcciones de Organismos Económicos Internacionales y la Dirección General de Cooperación del MINCEX, las proyecciones de la cooperación que se recibe, tanto de los organismos que pertenecen al SNU como de la cooperación bilateral.

Así como, las estrategias de cooperación que se establecieron en las diferentes etapas de desarrollo del sistema, los informes de progresos de los programas de cooperación, los ciclos de cooperación de las agencias del SNU y otros actores de la cooperación, los informes finales de los programas ejecutados y las publicaciones científicas de autores nacionales e internacionales

sobre la cooperación internacional (principales experiencias, resultados y visión de los autores sobre este tipo de cooperación).

Sobre las buenas prácticas y lecciones aprendidas de la CIS, se analizaron las resoluciones aprobadas en Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Los documentos aprobados en los tres Foros Mundiales de la efectividad de la ayuda, los informes de la cooperación Sur Sur y triangular en Iberoamérica publicados por la SEGIB y los textos relacionadas con la metodología de buenas prácticas de la cooperación internacional utilizados en México, Colombia y Chile.

Anexo 3. Relación de fuentes revisadas y analizadas en el proceso de revisión documental

✚ Documentos básicos de la historia del SNS, recogidos en las publicaciones realizadas por el Historiador del Sistema, Dr. Gregorio Delgado García:

- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 14, Médicos en la Sierra Maestra (1959)
- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 24, Apuntes para la historia de la Historia de la Salud Pública 75, Historia de la enseñanza médica superior en Cuba (1990)
- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 79 y Cuadernos de la Historia de la Salud Pública 40 aniversario de su fundación (1994)
- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 25, La primera Secretaria de Sanidad del mundo se creó en Cuba (1964)
- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 74, Medicina, docencia y política (1989)
- Cuaderno de la Historia de la Salud Pública 99, Relieve de la historia médica cubana (2006)

✚ Documentos de la memoria histórica presentes en los archivos del MINSAP:

- Informes de balance del MINSAP. Conferencias magistrales de ministros de salud en eventos de carácter nacional e internacionales: Seminario Salud para Todos: 25 años de experiencia cubana de 1983 y una segunda edición en 1997.
- Seminarios internacionales de Atención Primaria de Salud de los años 1986, 1988, 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2002, 2004 y 2006.
- Conferencias magistrales del ministro de salud en la Convención Internacional Salud Pública 2002 "Ante los nuevos retos del siglo XXI, por una Salud Pública de avanzada", Convención Internacional de Salud 2012 "Por la Salud y el bienestar de todos", Convención Internacional de Salud 2015 "Salud Para Todos. Cobertura Sanitaria

Universal” y la Convención Internacional de Salud 2018 “Salud Universal para el desarrollo sostenible”

- Discursos del ministro en los Consejos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, Conferencias Sanitarias Panamericana y Asambleas Mundiales de la Salud.

✚ Documentos del MINCEX:

- Balances de Trabajo de la Dirección de Colaboración Económica.
- Balances de Trabajo de la Dirección de Organismos Económicos Internacionales.
- Documentos rectores de la cooperación que Cuba recibe: Resolución No. 43-2005, Normas de la Colaboración que se Recibe del 2006 y Resolución 50 del año 2008. Constitución de la República de Cuba. Decreto Ley 191-1999 del Consejo de Estado, “De los Tratados Internacionales”. Resolución No. 206-2015 del MINREX sobre el procedimiento para la aprobación de los tratados bilaterales y multilaterales, Instrucción General No 249 del año 2010 “Indicaciones metodológicas que establecen los procedimientos para el control y tratamiento de las operaciones asociadas a los Proyectos de Colaboración y las Donaciones”, Resolución Ministerial 532 del 2012 “Regulaciones del ministerio de Salud Pública para el trabajo de las Relaciones Internacionales sobre los intercambios institucionales con extranjeros: proyectos de colaboración, convenios, visitas, viajes al exterior y cualquier otra modalidad”.

✚ Publicaciones de autores nacionales sobre la cooperación de Cuba con el SNU y la cooperación bilateral, de las que se obtuvieron más de 25 artículos en internet, Biblioteca Virtual de Salud y otras fuentes en red relacionadas con el tema.

✚ Informes de los programas de cooperación de las diferentes Agencias del SNU y Agencias de Cooperación radicadas en el país, dentro de estos:

-
- Estrategia de Cooperación de País de la OPS/OMS con Cuba en los periodos: 1984-1987, 2008-2012 y del 2018-2022.
 - Informes de evaluación de los Ciclos de Cooperación del País con el SNU.
 - Los informes sobre la evaluación de programas de cooperación de las Agencias del SNU y Agencias de Cooperación en el país, el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2002-2008, 2009-2013, 2014-2019 y 2020-2024.
 - Informes de las Reuniones de Alto Nivel de Cooperación sur- sur en Naciones Unidas y en la Asamblea Mundial de la Salud. De los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019. Informe del Estado Mundial de la Infancia de UNICEF de los años 1996 hasta 2019.
 - Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur.
 - Manual de buenas prácticas en Cooperación Sur-Sur Triangular de Chile: Criterios y Metodología de Selección de Casos de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile.
 - Guía de buenas prácticas de Colombia para la Cooperación Sur-Sur de la Agencia de Cooperación Internacional de Colombia.
 - Buenas Prácticas de Cooperación Internacional para el Desarrollo entre el Sistema de Naciones Unidas y el Gobierno de México.
- ✚ Publicaciones, libros, informes, documentos oficiales, artículos de revistas y otros materiales de consulta sobre el trabajo del SNU en el sector salud en el país, de las que se obtuvieron más de 35 artículos en internet, Biblioteca Virtual de Salud y otras fuentes en red, relacionadas con el tema.
- ✚ Documentos y resoluciones aprobados en Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo de la OPS: “La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud”. Resolución “Globalización y salud”. Resolución “La cooperación

centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud”. Resolución “La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas”.

✚ Documentos de los Foros y Cumbres mundiales: Cumbre de Financiación para el Desarrollo de Monterrey (2002), Foro de Doha (2008) y en los Foros de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda Oficial al Desarrollo de Roma (2003), París (2005), Accra (2008) y Busán (2011).

Anexo 4. Guía confeccionada para la entrevista en profundidad a expertos del MINSAP

En su experiencia de estos años de trabajo en la planificación, seguimiento y control de la cooperación internacional en salud:

¿Podría hablarme sobre los actores de la cooperación, las áreas de trabajo y ejemplos de su influencia en los resultados del Sistema Nacional de Salud?

Aspectos que no pueden faltar en la explicación:

1. Actores de la CIS que han desarrollado acciones en el sistema sanitario cubano.
2. Programas o áreas de trabajo del MINSAP en los que la cooperación ha incidido.
3. Proceso de planificación, seguimiento y control de la cooperación.
4. Capacidades del SNS para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.
5. Criterios de buenas prácticas de la cooperación en el país.
6. Resultados o principales experiencias en el trabajo internacional con las diferentes contrapartes.
7. Aspectos que favorecen y/o cuales limitan la gestión de la CIS en el país.
8. Sugerencias de perfeccionamiento del proceso de planificación, seguimiento y control de la cooperación.
9. Áreas que requieren mayor aporte de la CIS

Anexo 5. Guía confeccionada para la entrevista en profundidad a expertos del MINCEX

En su experiencia de estos años de trabajo en la planificación, seguimiento y control de la cooperación internacional en salud:

¿Podría hablarme sobre los principales mecanismos que tiene el país para regular y controlar la cooperación internacional que se recibe, capacidades, potencialidades y/o limitaciones del país para la ejecución de acciones a través de la cooperación internacional y los elementos positivos para buenas prácticas de la cooperación en el país?

Aspectos que no pueden faltar en la explicación:

1. Institucionalidad de la cooperación internacional en el país, forma en que se canaliza.
2. Mecanismos de aprobación, control y seguimiento.
3. Capacidades nacionales para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.
4. Forma en que la cooperación internacional incide en el desarrollo del país.
5. Áreas o programas que deben ser fortalecidas por la cooperación internacional en salud, como parte de las prioridades nacionales y el plan de desarrollo hasta el 2030.
6. Criterios sobre buenas prácticas de la cooperación en el país.
7. Opinión sobre la sistematización y visibilidad de las acciones de cooperación en salud y su proyección futura.

Anexo 6. Guía confeccionada para la entrevista en profundidad a expertos de Naciones Unidas y Agencias de Cooperación radicados en el país

En su experiencia de estos años de trabajo como actor de la cooperación internacional en salud en el país:

¿Podría hablarme sobre las principales líneas de trabajo o proyectos que desarrolla, su opinión sobre la influencia en los logros y avances del SNS, la gestión de la cooperación por las entidades nacionales responsables y los aspectos que favorecen y/o limitan la efectividad lo de los resultados?

Aspectos que no pueden faltar en la explicación:

1. Principales líneas de trabajo o proyectos que desarrolla en salud.
2. Criterio sobre la influencia de los resultados alcanzados en los logros del SNS.
3. Opinión sobre la sistematización de los resultados del trabajo de la cooperación internacional en el país. Que faltaría.
4. Sugerencias para perfeccionar la planificación, ejecución y control de la cooperación.
5. Otras áreas de trabajo en que se debería trabajar para continuar el apoyo al SNS y mejorar el estado de salud de la población.
6. Capacidades nacionales para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.
7. Criterios sobre buenas prácticas de la cooperación en el país.
8. Principales experiencias que pueden servir de referente para otros países u agencias en el trabajo internacional con Cuba.

Anexo 7. Tabla de tabulación de las entrevistas en profundidad realizadas

Entrevistados	Categorías	Códigos	Subcategorías
MINSAP	Actores de la CIS que han desarrollado acciones en el sistema sanitario cubano.	ACASS	Bilateral Multilateral Alianzas globales en salud
	Programas o áreas de trabajo del MINSAP en los que la cooperación ha incidido.	PTIC	En todos los niveles del sistema PAMI Vacunación Promoción de Salud Programas epidemiológicos Informatización Salud ambiental Nutrición Adulto Mayor Genero Adicciones, violencia ITS, VIH/Sida Emergencias Lucha antivectorial Formación de recursos humanos
	Proceso de planificación, seguimiento y control de la cooperación.	PPSCC	Identificación de prioridades Intersectorialidad Chequeos mensuales, trimestrales y anuales Supervisiones MINSAP Supervisiones MINCEX Despachos técnicos Despachos con las agencias y ejecutores de programas y/o proyectos
	Capacidades del SNS para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.	CSECC	Recursos humanos Capacidad instalada Desarrollo del SNS Investigación Voluntad política Gestión basada en la ciencia

	Criterios de buenas prácticas de la cooperación en el país.	CBPC	Negociación participativa Intersectorialidad Rectoría de la cooperación por un OACE Capacidades técnicas y de recursos humanos del Sistema Sostenibilidad Replicabilidad de las acciones Marco legislativo sectorial y de país Nivel científico
	Resultados o principales experiencias en el trabajo internacional con las diferentes contrapartes.	RETIC	Buena comunicación Las acciones se vinculan a las prioridades Compromiso e interconexión Visualización de los resultados Continuidad y ampliación de las acciones de cooperación
	Aspectos que favorecen y/o limitan la gestión de la CIS en el país.	AFC ALC	Capacidad de recursos humanos y tecnología instalada. Marco institucional y legislativo Participación de los ejecutores en los procesos de planificación Rendición de cuentas Identificación de objetivos a corto, mediano y largo plazos Dilatados procesos de aprobación Limitaciones para adquisición de recursos en el país. Alto costo de la transportación internacional
	Sugerencias de perfeccionamiento del proceso de planificación, seguimiento y control de la cooperación.	SPPSC	Capitación en el manejo de proyectos Adecuada implementación de las normas para la CIS en todo el país Fortalecer los mecanismos de control de los recursos hasta su destino final Establecer acciones más específicas de evaluación y monitoreo

	Áreas que requieren mayor aporte de la CIS	AMAC	PAMI Genero Adulto mayor Cambio climático ENT Programas de control epidemiológico Informatización de sector salud APS
MINCEX	Institucionalidad de la cooperación internacional en el país, forma en que se canaliza.	ICIS	Existencia de una estructura organizativa dentro del MINCEX con estas funciones Actualización del marco legal Preparación y seguimiento al plan de la economía Espacios de diálogos al más alto nivel con las contrapartes de la CI Horizontalidad en los procesos de negociación Existencia de planes nacionales a corto, mediano y largo plazos con identificación de prioridades Actualización del modelo económico y social del país
	Mecanismos de aprobación, control y seguimiento.	MACS	Existencia del Marco de cooperación a nivel de país Se actualiza el marco normativo para agilizar los procesos de aprobación, se busca efectividad en los procesos El MINCEX centra la aprobación, control y seguimiento de la CI Intersectorialidad e interdisciplinariedad
	Capacidades nacionales para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.	CNEACI	Recursos humanos Instituciones Voluntad política Rectoría Planes de desarrollo nacional Fortaleza institucional
	Forma en que la cooperación internacional incide en el desarrollo del país.	FCIIDP	Desarrollo de capacidades Focalizada en las prioridades Complemento para el desarrollo Sostenibilidad Replicabilidad

	Áreas o programas que deben ser fortalecidas por la cooperación internacional en salud, como parte de las prioridades nacionales y el plan de desarrollo hasta el 2030.	APFCI	PAMI Envejecimiento Programas de control APS Informatización Investigaciones Introducción de nuevas tecnologías Desarrollo local
	Criterios sobre buenas prácticas de la cooperación en el país.	CBPP	Preparación técnica Procesos de negociación Voluntad política Institucionalización Tecnología instalada Marco legal Fortalezas políticas y económicas Planes de desarrollo Equidad Mecanismos de control Participación sectorial en la negociación y ejecución de acciones
	Opinión sobre la sistematización y visibilidad de las acciones de cooperación en salud y su proyección futura.	SVAC	Necesidad de mayor visibilidad Publicaciones Estudios de casos
Agencias del Sistema de Naciones Unidas Agencias de Cooperación	Principales líneas de trabajo o proyectos que desarrolla en salud.	PLTPS	APS PAMI Envejecimiento Fortalecimiento de los niveles del SNS Vacunación Emergencias Programas de control epidemiológicos Genero Estadísticas vitales Formación de recursos humanos

	Criterios sobre la influencia de los resultados alcanzados en los logros del SNS.	CIRL	Alcance de metas nacionales, regionales y globales Reconocimiento internacional Fortalecimiento del SNS Introducción tecnología de punta Soberanía tecnológica Impacto en los indicadores sanitarios Sostenibilidad del SNS
	Opinión sobre la sistematización de los resultados del trabajo de la cooperación internacional en el país. Que faltaría	SRTCI	Mayor visibilidad Publicaciones Eventos nacionales e internacionales Estudios de buenas prácticas
	Sugerencias para perfeccionar la planificación, ejecución y control de la cooperación.	SPPEC	Capacitación continua de recursos humanos Mayor comunicación entre ejecutores y contrapartes Mayor participación en las acciones de control
	Otras áreas de trabajo en que se debería trabajar para continuar el apoyo al SNS y mejorar el estado de salud de la población.	OATCIS	Adolescencia Cambio climático Profundizar las acciones en las prioridades: Adulto mayor, PAMI, tecnologías, informatización Nuevas acciones dentro de las prioridades Modernizar la CIS
	Capacidades nacionales para la ejecución de acciones de la cooperación internacional.	CNECIS	Voluntad política Rectoría del MINCEX Preparación de recursos humanos a todos los niveles Tecnología instalada Procesos de planificación e identificación de prioridades Revisión y actualización del marco jurídico Adecuado uso de los recursos

	Criterios sobre buenas prácticas de la cooperación en el país.	CBPC	Voluntad política Rectoría del MINCEX Preparación de recursos humanos a todos los niveles Tecnología instalada Procesos de planificación e identificación de prioridades Revisión y actualización del marco jurídico Adecuado uso de los recursos
	Principales experiencias que pueden servir de referente para otros países u agencias en el trabajo internacional con Cuba.	PEROP	Contribución a los indicadores del estado de salud de la población Erradicación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y Sífilis congénita Formación de pre y posgrado Desarrollo de Centros colaboradores APS Programa ampliado de inmunizaciones Investigaciones conjuntas y creación de capacidades para la soberanía tecnológica

Valoración: 1 Muy bajo, 2 Bajo, 3 Alto y 4 Muy Alto

Anexo 8. Tabla de vaciamiento para criterios de buenas prácticas de la CIS

1	<p>Necesidad previa El proyecto responde a una necesidad previa identificada, prioritaria y se alinea a su plan de desarrollo nacional/local:</p>
	<p>1. La iniciativa de cooperación responde a un problema claramente identificado 2. Se cuenta con indicadores de cómo el problema afecta a la población 3. La CIS se alinea con el plan de desarrollo local y/o nacional 4. La acción de cooperación contribuye a modificar la situación actual</p>
2	<p>Marco Institucional Existe un adecuado grado de capacidad institucional para la gestión de la CIS y que coadyuve en su sostenibilidad temporal:</p>
	<p>5. Existe en el país un marco jurídico que regule la actividad de la CIS 6. Existe una metodología a nivel nacional y local para la gestión de la CIS 7. Los actores de la CIS cuentan con una contraparte a nivel gubernamental 8. Existen procesos de planificación de la CIS a corto, mediano y largo plazo</p>
3	<p>Aprovechamiento de capacidades sectoriales Hay una adecuada coordinación y se aprovechan las capacidades instaladas en el país:</p>
	<p>9. Existen capacidades técnicas instaladas para la ejecución de la CIS 10. El país cuenta con nivel científico para ejecutar la CIS 11. Existe enfoque científico en la gestión de la CIS 12. Se realiza trabajo intersectorial para las acciones de la CIS</p>
4	<p>Inclusividad La cooperación se realiza con participación de los beneficiarios, se diseñó con perspectiva de género y con atención a las necesidades específicas de la población en situación de vulnerabilidad:</p>
	<p>13. Las acciones de la CIS se planifican con criterios de perspectiva de género, se reconocen las desigualdades existentes 14. Hubo participación de beneficiarios, de sus representantes o de organizaciones de la sociedad civil en el diseño de las acciones de la CIS 15. Los sectores sociales en situación de vulnerabilidad participan en la ejecución de la CIS 16. El diseño de la CIS contempla la transformación de la situación intervenida y crea mecanismos para modificar los estilos y modos de vida de esas poblaciones</p>
5	<p>Aprendizaje mutuo Las acciones de la CIS en su ejecución implican un aprendizaje tanto del receptor como del oferente:</p>

	<p>17. La planificación de la CIS se realiza sobre una base científico técnica adecuada por ambas partes</p> <p>18. Existen espacios para el diálogo y seguimiento periódico de las acciones de CIS</p> <p>19. Se realizan visitas conjuntas de terreno</p> <p>20. Se socializan los resultados alcanzados sobre bases científicas</p>
6	<p>Consenso</p> <p>La negociación de la CIS se establece por consenso entre los actores de la cooperación, de manera voluntaria, sin exigir condiciones o imposiciones:</p>
	<p>21. Ha existido transparencia y consenso en la negociación</p> <p>22. Ha existido una negociación armonizada en la toma de decisiones sobre los objetivos, actividades, y recursos de la CIS</p> <p>23. Queda formalizada la CIS en un documento</p> <p>24. Los organismos rectores de la CIS participan del proceso de negociación</p>
7	<p>Impacto</p> <p>La actuación produce un claro impacto positivo en desarrollo, fácilmente medible:</p>
	<p>25. Las acciones de la CIS producen cambios en el desarrollo humano y en el bienestar de las personas, directa o indirectamente</p> <p>26. El impacto de las diferentes acciones de CIS se puede medir de forma clara y sencilla a través de indicadores</p> <p>27. Existe evaluación de impacto, de resultados o de contribuciones tempranas</p> <p>28. Se replican, sistematizan y documentan las experiencias exitosas</p>
8	<p>Transferible</p> <p>Los resultados del proyecto permiten incorporar nuevos elementos y aprendizajes en el contexto nacional intervenido y pueden ser transferibles a otros contextos fuera del sector salud:</p>
	<p>29. Se ha producido una innovación en los procedimientos metodología, capacidades o aprendizajes en las acciones de CIS</p> <p>30. Se han utilizado metodologías novedosas o medios innovadores para la implementación de las acciones de CIS de forma positiva que se han extendido a otros sectores</p> <p>31. La CIS ha generado oportunidades para introducir nuevos procedimientos y enfoques</p> <p>32. Los resultados alcanzados han permitido transferir las experiencias a otros países, como parte de la cooperación Sur-Sur y triangular</p>
9	<p>Eficacia</p> <p>Se consiguen los objetivos del proyecto.</p>
	<p>33. Se alcanzaron los objetivos intermedios previstos para el logro final del proyecto</p> <p>34. La iniciativa ha logrado los productos esperados</p> <p>35. Se han conseguido los efectos esperados</p> <p>36. Se han identificado factores que promuevan o dificulten la consecución de objetivos</p>
10	<p>Eficiencia</p> <p>Se alcanza el resultado esperado con la mejor relación de recursos empleados/recursos obtenidos:</p>

	<p>37. Los insumos o recursos (los fondos, la experiencia y el tiempo) han sido usados de manera apropiada y económica para generar los productos deseados</p> <p>38. Se minimizan los recursos utilizados para la consecución de objetivos</p> <p>39. Con los recursos dados (fijos) se maximizan los resultados perseguidos</p> <p>40. El costo de la acción de CIS es inferior a lo que costaría desarrollar esa capacidad al país socio receptor por otro medio</p>
11	<p>Sostenibilidad</p> <p>Garantizada por la estructura del proyecto tanto en el ámbito medioambiental, como financiera, de organización y técnica, o de capacitación.</p>
	<p>41. Los beneficios de la iniciativa continúan una vez que ha terminado la asistencia externa</p> <p>42. Existe la capacidad para mantener, manejar y asegurar los resultados en el futuro</p> <p>43. Hubo consideración de los efectos del proyecto en el medio ambiente</p> <p>44. Las políticas o programas nacionales relacionados con la actuación continuarán tras la finalización de la acción de CIS</p>
12	<p>Horizontalidad</p> <p>El país receptor de la cooperación y el oferente establecer procesos de planificación coordinados y transparentes:</p>
	<p>45. Se respetan los principios del derecho internacional. Es decir, sin imposiciones, interferencias ni condicionamientos.</p> <p>46. Tiene la institución capacidad, recursos humanos y técnicos para establecer la relación directa con la contraparte en el seguimiento a todo el ciclo de proyectos</p> <p>47. Existen espacios gubernamentales en los que los diferentes actores de la CIS puedan intercambiar con autoridades nacionales e intercambiar sobre las acciones de cooperación que se realizan</p> <p>48. Existen condiciones en el país que permiten una adecuada gestión de la CIS</p>
13	<p>Equidad</p> <p>La CIS incide de forma homogénea en la población intervenida</p>
	<p>49. La planificación de la CIS adopta una visión de desarrollo inclusivo y sostenible de la Agenda 2030 de los ODS</p> <p>50. La CIS se alinea con los documentos rectores de la política social del país (Lineamientos y Plan de Desarrollo Nacional hasta el 2030)</p> <p>51. La equidad de género está presente en los procesos de planificación de la CIS</p> <p>52. La igualdad, la equidad y la inclusión social, están presentes en la ejecución de la CIS</p>

Anexo 9. Modelo de consentimiento informado utilizado

Consentimiento Informado

Yo _____

Que por voluntad expresa ejerzo mi libre poder de elección, doy por este medio el consentimiento para responder las preguntas que me hagan para esta investigación.

He contado con suficiente tiempo para decidir mi participación. Se me ha explicado que la información que yo brinde no será divulgada individualmente, solo de forma resumida con fines científicos.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los días ____ del mes _____ de 202_