

Cooperación técnica entre Cuba y la OPS/OMS. Su historia y futuro

Msc. Nestor Marimón Torres¹; MSc. Evelyn Martínez Cruz²

¹ Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Administración de la Salud. Profesor Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. Director de la Cátedra de Salud Pública Internacional. dirdri@informed.sld.cu

² Máster en Salud Pública y Salud Internacional. Especialista de I Grado en MGI. Instructora de la Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Rodríguez No. 114 apto. 1 e/ San Benigno y San Indalecio. Santos Suárez. Municipio 10 de Octubre. Ciudad de La Habana. evemart@infomed.sld.cu

RESUMEN

El presente estudio está dirigido a describir la presencia y el aporte de Cuba en la Organización Panamericana de la Salud, transitar por las diferentes etapas evolutivas desde los inicios de su creación hasta la actualidad, los aspectos fundamentales del intercambio bilateral entre ambos y profundiza en la participación directa de Cuba en la Estrategia de Cooperación Técnica entre países, una política ampliamente impulsada por este Organismo. Actualiza sobre el estado de esta cooperación y sus retos, al tener en cuenta las posibilidades de Cuba de contribución a su desarrollo a través de la cooperación triangulada con sus recursos humanos especializados y de la colaboración bilateral que se brinda en sus diferentes modalidades; Programa Integral de Salud, Operación Milagro, Asistencia Técnica Compensada, Barrio Adentro y Programas Especiales.

Palabras clave: Intercambio bilateral, Estrategia de cooperación técnica entre países, Cooperación Triangulada.

LOS INICIOS

El aporte y la presencia cubana en las políticas de salud internacionales se remontan al siglo XVII, cuando de enero a marzo de 1881 se celebra la V Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C. (primera que se celebra en el continente occidental y con la asistencia, por primera vez, de países americanos), Cuba y Puerto Rico que en aquel entonces eran provincias de España estuvieron representadas por un miembro especial de la delegación española, el Dr. Carlos J. Finlay, momento en que presenta su teoría de la "tercera condición independiente" para la transmisión de la Fiebre Amarilla.¹

Posteriormente, el 14 de noviembre de 1924 se celebra la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que se firma el Código Sanitario Panamericano, *ad referendum* por 18 países de las Américas, en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas Físicas y Naturales -actual Museo de la Historia de las Ciencias "Dr. Carlos J. Finlay", en La Habana, Cuba-, en el que estuvo presente

el Dr. Carlos Manuel de Céspedes y Quesada, en su condición de Secretario de Estado de la República de Cuba. Este código fue ratificado posteriormente por todas las repúblicas americanas, y aún vigente hoy en día, el mismo representa el mayor logro de la normalización de la salubridad en el continente americano y la culminación de décadas de iniciativas internacionales dirigidas a prolongar la vida y a lograr la felicidad humana. En ese marco el delegado de la República de Argentina, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, expresa:

...fue Cuba, Señores, la isla riquísima y magnífica, cuyos titánicos esfuerzos por erigirse en pueblo independiente nos parecerían un cuento legendario si no los hubiera presenciado nuestra propia generación; Cuba, la bella, la ubérrima, centro de vieja y vasta cultura, la primera nación que pudo ofrecer al mundo el ejemplo de su obra estupenda de saneamiento y progreso higiénico. Y era justo que así fuera, puesto que es un gran cubano, el inmortal Finlay al que humanidad debe el trascendental descubrimiento del papel transmisor del mosquito, que había de salvar tantos millones de vidas y transformar tan radicalmente la situación sanitaria y económica de las regiones más ricas y más hermosas de la tierra... Todos esos esfuerzos son en mi país altamente apreciados y entusiastamente aplaudidos. Los citamos a menudo como ejemplo y como estímulo a nuestros discípulos y nuestros gobernantes.²

Con el antecedente histórico de los diferentes convenios internacionales que se realizaron en esta época: el X Comité y el de la Política Sanitaria Internacional de la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos (ciudad de México, 22 de octubre al 22 de enero de 1902), se presentó un informe el cual fue aprobado y en el que se recomendaba que la Oficina Internacional de Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos) convocara a una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las Repúblicas de América para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud. La convención general también debería designar una junta ejecutiva permanente que se denominaría Oficina Sanitaria Internacional, que tendría su sede en Washington DC.

La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas se celebró en Washington D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902 con la asistencia de 10 países. El 2 de Diciembre, día de la inauguración se fundó la Oficina Sanitaria Internacional, que posteriormente pasó a ser la Organización Panamericana de la Salud. Entre los primeros siete miembros de la Oficina Sanitaria estuvo un cubano, el Dr. Juan Guiteras Gener.¹

Guiteras además de ser fundador de la oficina, fue uno de sus dirigentes más importantes durante sus primeras dos décadas, fue uno de los que discutió y aprobó el Primer Código Sanitario Panamericano, fue reelecto vocal de la II Convención (1907), ocupó una de las vicepresidencias de la misma, la presidencia de la Comisión de Fiebre Amarilla, vocal del comité de Tracoma, Beriberi, Meningitis Cerebro Espinal, siguió siendo reelegido como vocal de la oficina hasta que en el año 1921 fue nombrado secretario de sanidad y Beneficencia de la República de Cuba.

Otros médicos cubanos que desempeñaron un rol importante en las primeras décadas de la Oficina Sanitaria Internacional fueron los doctores Hugo Roberts Hernández, Mario García-Lebreo Arango, Arístides Agramante Simoni y el Dr.

Francisco María Fernández Hernández, entre otros que dieron su aporte en diferentes etapas.³

Evolución histórica de las relaciones de trabajo entre Cuba y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Desde el surgimiento de la Organización el aporte y apoyo de especialistas cubanos han sido de importante contribución, esto se modificó en relación con las estrategias de trabajo que fueron asumidas por la propia OPS.

En este sentido, un gran paso de avance en la cooperación interamericana en la esfera de la salud pública lo constituyó la aplicación del principio de zonificación sanitaria, hecho este que se recoge en el Informe de la Oficina de 1939-1940, con la creación provisional de la Zona Sanitaria del Caribe, con sede en Panamá. El propósito era distribuir geográficamente los servicios y el personal para aumentar la eficiencia y acelerar la comunicación con las repúblicas.⁴

En plena Segunda Guerra Mundial (1939-1945) comienza la creación de estas oficinas de áreas o zonas, la primera se estableció en Lima, Perú, en octubre de 1942 y atendía a Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela. Después seguirán en junio de 1943 en Ciudad de Guatemala, Guatemala, con responsabilidad sobre las repúblicas centroamericanas y la entonces Honduras Británica, hoy Belice; en noviembre de 1951 se crean dos, una en Río de Janeiro, Brasil, solamente para este enorme país y otra en Buenos Aires, Argentina, para los países del cono sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay y por último en México D.F., Estados Unidos Mexicanos que comprendía México, Cuba, Haití y República Dominicana.

A finales de los años de la década de 1950 estas Oficinas de Zona son numeradas, correspondiendo la Zona I a la de Caracas, la II a la de México D.F., la III a la de Ciudad de Guatemala, la IV a la de Lima, la V a la de Río de Janeiro y la VI a la de Buenos Aires.⁵

El desarrollo alcanzado por la aplicación del principio de zonificación sanitaria en el continente va a dar como resultado un paso más de acercamiento de la Organización Panamericana de la Salud a los países del continente y así a partir de los años de la década de 1960 las Oficinas de Zonas comienzan a ser reemplazadas por Oficinas de Países en las cuales se delega cada vez más autoridad. Esta tendencia se oficializa en 1984 con un plan para descentralizar la administración de la OPS.⁶

Con el establecimiento de la representación de la Oficina Regional y el transcurrir de los años las relaciones se modificaron en relación directa con la evolución del sistema Nacional Cubano, visualizándose de la siguiente forma:

- **En las décadas del 60 y 70:** la colaboración con Cuba se centró en el desarrollo de 15 programas de desarrollo, debido a la difícil situación que presentaba el país en esos momentos. Estos eran reglamentados por acuerdos suscritos entre la organización Sanitaria Panamericana y el gobierno cubano, con evaluaciones periódicas y con la realización de modificaciones y renovaciones mediante Cartas-Convenios. Todas las acciones llevaban implícito el proporcionar el personal técnico sanitario y los equipos y suministros por la Oficina Sanitaria Panamericana y posteriormente se incorporó la formación de Recursos Humanos tanto en Cuba como en el extranjero.

· **En la década de los 80:** se realizó una reformulación de la estrategia de cooperación, con el ejercicio de planificación y programación de la cooperación. Con el que se identificaron programas prioritarios como fueron: asistencia médica, higiene y epidemiología, desarrollo y evaluación de nuevas tecnologías de la salud, formación de recursos humanos, desarrollo de la información en salud, desarrollo de la farmacología, producción y distribución de medicamentos y desarrollo de la cooperación técnica. Finalmente las acciones se concentraron en 37 proyectos con 145 actividades.

Se realizaron diferentes actividades de seguimiento y evaluación y los resultados alcanzados fueron positivos.^{6,7}

· **Década de los 90:** Cuba atraviesa una difícil situación económica con la caída del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo de Estados Unidos, fue un momento en que se trató de definir exactamente donde era más importante la cooperación y se establecieron por el MINSAP los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000 (1995-2000), se crearon los consejos de salud y se realizó el plan maestro de inversiones. En este período también se realiza una evaluación conjunta de la cooperación.⁷

· **Entrada a un nuevo siglo:** se produce una reorientación de la cooperación técnica hacia el ámbito local, con amplia y activa participación de los gobiernos y comunidades. Se realizan tres procesos estratégicos: la descentralización, movilización de recursos y la acción intersectorial. Dos proyectos fundamentales, dentro de esto: el fortalecimiento del SNS y el de desarrollo municipal, en respuesta a prioridades nacionales en el proceso de descentralización.

Estos dieron lugar a los proyectos de salud y desarrollo vinculados directamente a centros económicos que el territorio considerara significativos para el bienestar de las poblaciones, junto a los proyectos interagenciales y con ONGs.^{7,8}

· **Situación actual:** en estos momentos la cooperación se concreta mediante ocho proyectos (un proyecto específico de la OPS/OMS en Cuba y proyectos a ejecutar en conjunto con el MINSAP):

- Gestión de la Cooperación Técnica
- Red de Servicios de Salud
- Salud Familiar y Comunitaria
- Vigilancia sanitaria y atención a enfermedades
- Promoción de salud y calidad de vida
- Gestión de la salud y calidad de vida
- Gestión de salud pública a nivel local
- Desarrollo del conocimiento.⁸

Como se puede apreciar, la evolución histórica de la cooperación entre Cuba y la Organización Panamericana de la Salud ha ido a la par de las transformaciones y desarrollo del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes etapas, de una forma más relevante después de 1959, siempre bajo los principios de intercambio mutuo, respeto y compromiso por alcanzar un alto grado de salud.

La estrategia de Cooperación Técnica entre países

El Fondo de Población para las Naciones Unidas definió, el concepto de Cooperación Técnica entre Países (CTP) en el reporte del año 1998, como un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos del conocimiento, de habilidades, recursos y tecnologías. Idealmente, las actividades de CTP se deben iniciar, organizar y manejar por los mismos países, bajo la dirección del gobierno respectivo, y participación de las instituciones, y de las organizaciones públicas y privadas.⁹

La misión de la Cooperación Técnica entre Países, según la OPS es contribuir al desarrollo de la capacidad de uno o más países, fortalecer las relaciones, aumentar el intercambio, la generación, diseminación y utilización del conocimiento técnico y científico, así como la capacitación de los recursos humanos y el reforzamiento de sus instituciones; en el ámbito de la salud constituye una estrategia orientada a acelerar el desarrollo sanitario a partir del conjunto de las capacidades y potencialidades, encuentra sus orígenes en el concepto de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).¹⁰

Esta estrategia se pautó desde 1978 por esta organización y recibe una asignación presupuestaria específica para favorecerla, es una herramienta de cooperación horizontal, de entendimiento y solidaridad. La misma presenta diferentes modalidades:

- *Reciprocidad*. Cooperación entre dos o más estados, haciendo compromisos y uniendo fuerzas y capacidades de forma complementaria.
- *Intercambio y cooperativismo*. Cooperación basada en objetivos y metas comunes, facilitando información e intercambio tecnológico.
- *Contribución*. Transferencia de recursos tecnológicos de un país a otro con el fin de fortalecer la capacidad productiva para la autosuficiencia colectiva.^{11,12}

Esta Estrategia constituye un noble esfuerzo para desarrollar las capacidades nacionales de la Región, empeoradas por los años de aplicación de programas verticales, como resultado de los procesos de reformas neoliberales aplicadas al sector salud y promovidas por los Organismos Financieros Internacionales.

La participación de Cuba en esta estrategia de colaboración

Cuba, por ser un país con un contexto económico y social diferente al resto de la región y donde ya existe un alto desarrollo nacional y capacidades instaladas, esta estrategia se enfoca en dos direcciones; la Cooperación técnica que la OPS/OMS establece directamente en el país y en forma de proyectos.

En el primer caso, la estrategia de cooperación, consiste en el apoyo que realiza la OPS/OMS en el país para contribuir a su mejor desarrollo y previo ejercicio de identificación de las áreas donde era necesaria y factible esta ayuda. Orientadas, en lo fundamental al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, la promoción de salud, la universalización de la enseñanza y el fortalecimiento de los sistemas municipales de salud.

En el segundo caso, existen varios ejemplos que demuestran el apoyo de Cuba junto a la OPS/OMS, con el envío de profesionales a otros países en funciones de cooperación para el desarrollo de labores asistenciales, docentes, de investigación, desarrollo de servicios de salud, asesorías y consultorías. Otro ejemplo lo constituye la formación en el país de miles de profesionales y técnicos procedentes de países en desarrollo. Junto a la existencia de 13 Centros Colaboradores de la OMS en el país de los 264 que existen actualmente en la Región de las Américas y el envío de brigadas médicas, materiales y medicamentos a países que han sufrido el embate de desastres naturales, o la recepción en el país de personas afectadas por los mismos.¹³

Proyectos de Cooperación Técnica entre países

Durante el periodo de tiempo comprendido entre 1966-2007 que abarca a seis bienios, se aprobaron 67 proyectos.

La Representación de OPS/OMS en cada país, actúa como facilitador para que la propuesta cumpla los requisitos técnicos y científicos requeridos.

Ejemplos:

- *Bienio 1998-1999*: Se desarrollaron proyectos con ocho países: Costa Rica, Ecuador, Venezuela, Brasil, Nicaragua, Uruguay, Costa Rica-Panamá y Honduras.

Los temas más destacados fueron, la seguridad alimentaria con un proyecto multipaís Costa Rica, Panamá y Cuba; el sistema de información en salud con Honduras, que fundó las bases para su trabajo en el bienio siguiente; el mejoramiento de sistemas de análisis en mortalidad infantil con Costa Rica y el desarrollo de municipios saludables con Ecuador.

- *Bienio 2000-2001*: Proyectos con nueve países: Ecuador, Honduras, Uruguay, Colombia, Canadá, Bolivia, Brasil y El Salvador.

Estos abordaron temáticas variadas dirigidas fundamentalmente a fortalecer los procesos de la Atención Primaria en Salud, destacándose lo concerniente a mejorar los sistemas de información y las estadísticas vitales, las estrategias de promoción de salud, los

programas de inmunización y las iniciativas de salud y vivienda, todo desde una perspectiva del desarrollo local.

- *Bienio 2002-2003*: Se desarrollaron proyectos con once países en áreas temáticas 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; así como municipios productivos entre Guatemala-Honduras-El Salvador y Cuba.

- *Bienio 2004-2005*: En este bienio, y como forma de contribuir con los países priorizados en la región, se ejecutaron cinco proyectos de cooperación técnica entre países en cuatro de ellos, fueron dirigidos, fundamentalmente, a la temática de vigilancia y control de enfermedades: "Vigilancia en Dengue y Malaria" con Nicaragua, "Control de Leptospirosis", con Honduras, "Residuos sólidos", en Haití y en el área de servicios con Bolivia donde se desarrollo un proyecto de "Medicina Tradicional".

Entre otras temáticas abordadas en este bienio se encuentran las dirigidas al sistema y servicios de salud, con proyectos de "Fortalecimiento de la atención en salud", con Bahamas, "Fortalecimiento del componente salud mental en la atención primaria", con República Dominicana y Panamá, otros dirigidos a la gobernabilidad y salud con el proyecto de "Espacios y recursos de gobernabilidad", con Ecuador, así como otros dirigidos a la prevención y control de enfermedades como "Control de la ciguatera" y "Enfermedades transmitidas por alimentos", con Canadá.

- *Bienio 2006-2007*: Durante este bienio fueron presentados y aprobados ocho proyectos de cooperación técnica entre países con la participación de 11 países y un 100 % de asignación de los fondos planificados para TCC. En cuanto al cumplimiento de las actividades programadas se logró un 99 % de ejecución de los fondos asignados.

Se desarrollaron proyectos de cooperación técnica con cuatro de los cinco países prioritarios: Haití, Guayana, Nicaragua y Honduras.

Las temáticas abordadas fueron:

- Salud ambiental con Brasil.
- Desarrollo de políticas, planes, servicios y legislación de salud mental con Panamá.
- Fortalecimiento en el control de enfermedades emergentes y re-emergentes con énfasis en el control de Malaria con Jamaica.
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales para la vigilancia de la leptospirosis humana y el Dengue con Honduras y Guatemala.
- Fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de los modelos regionales de salud, la atención integral y la formación

de los recursos humanos en salud en las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur de Nicaragua.

- Evaluación de capacidades básicas para el Reglamento Sanitario Internacional con los países centroamericanos y República Dominicana.
- Control de la rabia humana transmitidas por perros en Haití.
- Proyecto multipaís de apoyo a la estrategia de VIH/Sida con Bahamas, Guyana, Jamaica, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Belice.^{13,14}

Desafíos y estrategias futuras de la Cooperación

· Cooperación Triangular

Desde el año 1963, momento en que se inicia la Colaboración Médica Cubana en el exterior hasta la actualidad, su evolución y perfeccionamiento ha sido una constante. Durante todo este periodo un total de 126 321 trabajadores cubanos de la salud, han brindado su ayuda solidaria en 104 países de todos los continentes y en diferentes modalidades de la misma, en estos momentos existe colaboración en 74 países con 37 754 colaboradores.¹⁵

La Cooperación Triangulada no ha estado fuera de esta ayuda, como máxima expresión de la Cooperación Sur-Sur, ejemplos que se mantienen vigentes hasta estos momentos, lo constituyen la Cooperación Cuba-Libia-Nigeria, que comenzó a ejecutarse en el año 2001 donde Cuba aporta los recursos humanos y Libia y Nigeria el financiamiento para la sostenibilidad del Programa de Colaboración Sur-Sur, el mismo beneficia a los siguientes países: Sierra Leona, Burkina Faso, Chad y Níger con las Brigadas Médicas Cubanas, que mantienen un promedio de 177 profesionales de la Salud por año.¹⁶

Otro ejemplo es el de Cuba-Sudáfrica-Ruanda, cooperación iniciada en el año 2005 donde Cuba aporta el recurso humano en salud conformado por 34 profesionales, Sudáfrica el financiamiento y Ruanda es el receptor de esta ayuda.¹⁵

Basados en este antecedente y la experiencia acumulada, se desarrolló una colaboración Triangulada con la participación de Cuba-OPS/OMS-Angola, en la estrategia de erradicación de la Polio en este país. Este proyecto de cooperación técnica tiene la característica de que por primera vez se brinda apoyo con esta modalidad a un país fuera de la región de las Américas, proporcionándole mayor relevancia y connotación al trabajo de Cuba dentro de la Organización y por otra

parte, constituye un reconocimiento a las potencialidades y fortalezas de los profesionales de la salud que trabajan para desarrollar junto a la OMS esta colaboración en cualquier parte del mundo.

Se evidencian como principales resultados del mismo; la **Vigilancia Epidemiológica**, donde se cumplió la lista exhaustiva y la clasificación de las unidades sanitarias acorde al grado de prioridad y los avances significativos en la ubicación de puntos focales para la vigilancia activa en comunidades. El **incremento en la capacitación y sensibilización** con la supervisión formativa para el personal de asistencia médica, puntos focales, técnicos municipales, directivos, representantes de la comunidad y población en general y la **Elaboración de un Boletín Epidemiológico** a disposición de la Dirección Provincial de Salud para su distribución en las instancias correspondientes, lo que permitió la evaluación y toma de decisiones puntuales.

La estrategia desarrollada para lograr estos avances en este periodo fue la integración de las fuerzas en el Trabajo en Equipos, a nivel provincial integrados por los supervisores del Programa de Inmunizaciones, puntos focales de la Organización Mundial de la Salud y los profesionales cubanos, este alto grado de integración proporcionó estos avances en la primera etapa del Proyecto.¹⁷

Pero su valor añadido radica en que se demostró que es posible lograr el apoyo inter-regional en salud siempre que la solidaridad sea vista como un principio básico en la salud y exista la voluntad política de apoyar estas iniciativas de Organismos Internacionales, para afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas. Por lo que esta experiencia es un elemento que debe continuar su profundización a futuro y valorar la extensión de esta experiencia hacia otros países que la requieran.

· **Cooperación Cuba-OPS/OMS en los países donde existe colaboración médica**

Existen antecedentes de que la Cooperación Técnica Cuba-OPS/OMS potencializó el inicio de la Cooperación Médica en algunos países de la Región, como es el caso del desarrollo del TCC con Belice a principios de la década de los 90 que favoreció la presencia del personal de la salud cubano en este país. Otro ejemplo lo constituye el TCC desarrollado con Bahamas desde 1999 hasta el 2006, con los que se obtuvieron resultados significativos en los índices de salud de estos países.

Esta experiencia se debe mantener, con el desarrollo de programas específicos donde ya existe Colaboración Médica, de esta forma es más factible alcanzar resultados positivos; Haití es un exponente de lo anterior y en estos momentos Nicaragua (país prioritario para el trabajo de la Organización en la Región) se desarrollan acciones en conjunto que potencializan la resolutiveidad de la Brigadas Médica y se realizan acciones concretas y específicas en beneficio de la salud de este pueblo.

· **Cooperación Multipartita Cuba-OPS/OMS-otras instituciones**

Esta modalidad permite la búsqueda de financiamiento y otros recursos para apoyar el trabajo de las Brigadas Médicas Cubanas en el exterior y Programas de Desarrollo en salud específicos, los cuales se podrían potenciar con la asesoría técnica de la OPS/OMS.

Un ejemplo que ya se materializa en algunos países es a través de la ONG Global Links, Organización que aporta equipos médicos, no médicos y materiales docentes fundamentalmente. Esto permite crear un adecuado ambiente de trabajo en consultorios médicos ubicados en zonas rurales y remotas donde laboran médicos cubanos y estudiantes de 6to año de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de esos propios países, basadas fundamentalmente en la preparación de los escenarios docentes a nivel de los internos y residentes graduados de la ELAM, que estudian y trabajan en la Región Atlántica, tanto en el Norte como el Sur, lo que permite el desarrollo de la docencia. Incluye también el trabajo conjunto para el inicio para el inicio del Nuevo Programa de Formación en Blufiels (Región Atlántica Sur).

Hasta la fecha solo se ha realizado este tipo de colaboración en las localidades antes mencionadas de Nicaragua, pero sería de vital importancia su ampliación a otros países.

Trabajo Conjunto Cuba-OPS/OMS en la inserción de los egresados de la ELAM

En Agosto del 2005 se produjo la primera graduación de estudiantes de la ELAM, hasta el curso 2007-2008 se han formado un total de 6 713 médicos, de los cuales algunos han permanecido en Cuba para hacer la especialidad en Medicina General Integral.

Un problema significativo y que frena el desarrollo y aprovechamiento de los mismos consiste en que un alto por ciento de ellos al retornar a sus países de origen presentan dificultades en la homologación de sus títulos y por ende en la inserción de los mismos en sus Sistemas de Salud, prescindiendo las diferentes comunidades de estos importantes y necesitados recursos.

Esta línea de trabajo a desarrollar en conjunto resulta muy interesante e importante, por la capacidad técnica y dominio legal que tiene la Organización en cada país a través de sus representaciones y que junto a las instituciones de gobierno y las Universidades se puede contribuir a la solución de este problema.

En este sentido una acción concreta que se realiza desde Cuba y en colaboración con la OPS es la creación del Observatorio de Recursos Humanos de egresados de la ELAM, con el objetivo de realizar un levantamiento de todos los graduados y poder dar un seguimiento diferenciado por cada país de origen.

Capacitación Técnica de egresados de la ELAM

Esta es una acción concreta dirigida a crear capacidades técnicas en los países, consiste en la preparación de más de 20 médicos haitianos egresados de esta institución que hoy se encuentran en su país de origen dirigiendo instituciones de salud, esta labor tiene el propósito de coordinar de forma conjunta entre Cuba y la OPS un programa específico en administración y gestión de salud que les permita tener un mejor desempeño en sus funciones y lograr a largo plazo un fortalecimiento de las potencialidades de los recursos humanos de este país prioritario.

Esta experiencia recién comienza, pero es una acción que se puede profundizar y extender a otros países.

Trabajo conjunto en el Programa rostros, voces y lugares

Durante el 47 Consejo Directivo de la OPS, se lanza el Programa Rostros, Voces y Lugares, con el propósito de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, enfatizando el trabajo de los municipios más vulnerables de la Región, desde una perspectiva de salud y desarrollo, con la realización de acciones específicas de progreso social en lugares y sitios olvidados dentro de los países, con la intención de disminuir las inequidades hacia el interior de los mismos.

Los principios éticos de la ayuda que se brinda a través de las Brigadas Médicas en el exterior, tienen como principal elemento el de ubicar al personal técnico cubano en los lugares más postergados y de difícil acceso, donde nunca han recibido atención médica, por lo que las acciones se pueden combinar y potenciar con un propósito común o sea el beneficio social de estas poblaciones.

Los resultados que se pudieran alcanzar a través de este trabajo en conjunto estarían encaminados hacia la divulgación en forma de publicaciones de los avances alcanzados y constituye una vía para que el resto de los países conozcan el desarrollo de dicho Programa.¹⁸

En este sentido la Dra. Mirtha Roses, Directora de la OPS ratificó la importancia de esta sinergia cuando refirió en encuentro sostenido en la sede de la Organización que "esta iniciativa puede ser ampliada con la realidad e impacto de la colaboración médica, lo que permitirá acelerar el paso hacia el acceso universal a la salud".¹⁹

Capacitación y preparación de los responsables de Brigadas Médicas que laboran en los países de la Región a través del Programa de Formación en Salud Internacional

La OPS desarrolló por más de 20 años el Programa de Formación en Salud Internacional, el mismo tiene como propósito contribuir al desarrollo de la Agenda de Salud de las Américas mediante el fortalecimiento de las capacidades de los países de la Región para comprender, actuar e influir de manera positiva sobre las determinantes internacionales de la salud, promover sus intereses y concertar acciones intersectoriales de la salud, guiados por el principio de una equidad global en salud.²⁰

Desde el año 2007 se realizó reajuste a este Programa por dificultades con su sostenibilidad económica y se lanza una edición con el nombre de Programas de Líderes en salud Internacional en la modalidad a distancia, para esta edición se seleccionan 8 países: Argentina, Colombia, Belice, Bolivia, Guatemala, Ecuador, Brasil y Perú. Modalidad a distancia con la utilización de las herramientas que brinda el Campus Virtual de Salud Pública.

Esta experiencia inicial se perfeccionó y se realiza una segunda edición que comenzará en marzo de 2009, en la que Cuba participa y se da esta oportunidad con 20 plazas, con esta opción del Programa y con la modalidad semipresencial, pero con un gran componente a distancia y con el trabajo en conjunto con tutores y el seguimiento de las representaciones de la OPS en los diferentes países miembros. Cuba espera incorporar al mismo a los responsables de las Brigadas Médicas Cubanas siempre que cumplan con los requisitos de selección.

El propósito es dotar con las herramientas técnicas necesarias y actualizadas a estos profesionales para que puedan perfeccionar su trabajo y ser más útiles para los Ministerios de Salud de los países donde desempeñan su trabajo.²¹

Reflexión necesaria

De forma sintetizada se han expuesto los resultados, beneficios y lecciones aprendidas durante todos estos años del trabajo conjunto entre Cuba y la Organización Panamericana de la Salud y evidentemente son innumerables, pero este intercambio debe y puede ser más amplio y transformador en el futuro, debido a que se imponen nuevos retos internacionales en los ámbitos, económicos, políticos y sociales e inevitablemente tienen una amplia repercusión en la salud de todos los países a nivel internacional.

Cuba ostenta importantes avances sociales, los cuales en materia de salud se evidencian principalmente en los indicadores alcanzados y en la construcción y desarrollo de capacidades nacionales, con su máxima expresión en la formación del capital humano en salud, orientados al servicio, con un desempeño ético y transparente y basado en políticas de justicia social.

El desarrollo alcanzado por la colaboración médica cubana en los países de la Región tiene importantes resultados, además de ofrecer ventajas y posibilidades que constituyen fortalezas, al ser combinadas y articuladas a las experiencias y conocimientos de la OPS en sus más de 100 años de trabajo como agencia especializada, esto permite potenciar las acciones; tanto hacia el interior de las Brigadas Médicas al reforzar las capacidades técnicas y de liderazgo de sus responsables como en beneficios sociales de los países donde se labora de forma bilateral.

Es trascendental en este análisis, señalar que desde el año 1963, en que se establece el inicio de la colaboración médica cubana hasta la actualidad un total de 134 849 colaboradores brindaron su ayuda en 108 países de diferentes

continentes; en África con 45 488 colaboradores en 37 países, en América con 79 717 colaboradores en 38 países y en 29 países Euro-Asiáticos y del Medio Oriente con 9 644 colaboradores.

Hoy existe colaboración médica en 74 países y 38 538 trabajadores de la salud cumplen con esta responsabilidad.^{22,23}

El reto y desafío consiste en conseguir una mayor integración de todos los actores de la colaboración, la cooperación en salud es un puente necesario para la integración de los pueblos de las Américas.²³

CONSIDERACIONES FINALES

Cuba, con su ejemplo ha demostrado la voluntad y el deseo de apoyar y ayudar a los países de la Región en alcanzar mejores indicadores de salud desde los orígenes de la Organización Panamericana de la Salud hace más de cien años y de contribuir al mejor desarrollo de la misma.

Es importante impulsar la Cooperación Técnica entre Países, encaminada a desarrollar y fortalecer las capacidades nacionales siempre que sus propósitos y principios realmente respondan a las necesidades de cada país.

El perfeccionamiento de la misma trae como principales resultados, la adaptación de metodologías o técnicas ya desarrolladas y probadas en sus lugares de origen, la sistematización de experiencias, transferencia de tecnología y publicaciones de resultados científicos, todo lo anterior permite fortalecer los vínculos entre países y alcanzar un desarrollo concreto de sus capacidades institucionales.

El desarrollo de nuevas líneas y estrategias de cooperación conjunta con la OPS/OMS amplía el diapasón y aprovechamiento de oportunidades tanto para Cuba como para la propia Organización, con un objetivo común; el beneficio y mejoría de los indicadores de salud y desarrollo social de sus países miembros. Además los resultados de esta ayuda se potencian y constituyen una herramienta eficaz para avanzar dentro de los procesos de integración regional en el continente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado G. Presencia cubana en los orígenes de los Organismos Internacionales de la salud Pública. Cuaderno de Historia No. 80, 1995. URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_95/his07195.htm Sitio consultado 6/7/2004.
2. Organización Panamericana de la Salud. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Washington DC. OPS, 1999.
3. Cueto M. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. (Publicación científica y técnica No. 600), 2004:37-48.
4. Bustamante M. Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1952.
5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su finalidad. Sus actividades. Su estructura. Publicaciones Varias No. 54. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., 1960.

6. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1984. Documento Oficial No 201. Ed. OPS. Washington, D.C., 1985.
7. Delgado García G., Pichardo Días M. La representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de salud. PALCOGRAF. La Habana, 2002.
8. Licha M. La Cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI. XV Reunión de Directores de Cooperación Internacional de América Latina y el Caribe 11-13 de marzo de 2002, Montevideo, Uruguay. Oficina de la Subdirección OPS/OMS, Washington DC, 2002.
9. Fondo de Población de Naciones Unidas. Informe Anual del Director 1998. Documento Oficial No. 201. Ed. UNDP. Nueva York, 1998.
10. La cooperación Técnica en los países de la Región. Documento presentado en la reunión del 46 Consejo Directivo de la OPS/OMS, 26 al 30 de septiembre de 2005, Washington DC.
11. La Cooperación Técnica entre países: Una herramienta eficaz para las alianzas entre países. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Cáp. 3 del Informe Anual de la Directora, 2005.
12. Roses, M. Fomentando la Cooperación técnica entre países: Experiencia OPS/AMRO. Conferencia en sede de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.
13. Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Cooperación Técnica entre países (TCC). Cuba 1996-2007. Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento OPS/Cuba. Mayo 2008.
14. Representación en Cuba de la OPS/OMS. Estrategias de Cooperación de la OPS/OMS en Cuba. URL: <http://www.cub.ops-oms/default.htm> . Sitio consultado: 24/4/2008.
15. Unidad Central de Colaboración Médica. Informe estadístico de la colaboración cubana en el mundo año 2008. MINSAP. Cuba; diciembre 2008.
16. Zequeira J. Informe final de su misión como Vice Director General Administrativo y representante de Cuba en el Programa Sur-Sur. Ministerio de Salud Pública de Cuba, octubre 2008.
17. Montalvo G. Informe Final de la misión de apoyo al Programa de Erradicación de la Poliomielitis en Angola. Oficina Regional de la OPS/OMS en Cuba, julio 2008.
18. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa rostros, voces y lugares. URL: <http://devserver.paho.org/rvl/> . Sitio consultado: 24/12/2008.
19. Organización Panamericana de la Salud. Esquina de la Directora. Encuentro sobre Programas de Cooperación en Salud "Cuba en el mundo". URL: http://www.paho.org/English/D/director_paho.htm . Sitio consultado: 16/10/2008.
20. Programa de líderes en Salud Internacional. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2008.

21. Reunión de cierre y transición del "Programa de Líderes en salud Internacional (PLSI 2008). Brasilia, Brasil; 4 de diciembre 2008.

22. Informes de Archivos 1993-2009. Unidad Central de Colaboración Médica.

23. Jiménez Y. Cuba coopera. Conferencia en sede de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC; octubre 2008.