

Organización Panamericana de la Salud



Centenario



1902

Cuba
2002

2 de Diciembre de 2002

Edición Especial

Saludamos

a la Dra. Mirtha Roses

*por su elección como directora de la Organización Panamericana
de la Salud para el periodo 2003-2008*



Centenario

1902

2 de Diciembre de 2002

2002

Volumen.7 No.2

Celebrando 100 años de Salud



Representante OPS/OMS en Cuba: Dr. Patricio Yépez

Centro de Documentación: Lic. Caridad López

Diseño: Liliana Jiménez
Norka Aldana

Colaboradores: Dra. Gilda Marquina
Dr. Rolando Miyar
Dr. Gabriel Montalvo
Dr. Mario Pichardo
Dr. José Gómez
Lic. Enrique Rivero
Lic. Susana Madrigal

Contenido

Directora electa de la OPS Dra. Mirta Roses.....	2
Mensaje del Director Dr. George Alleyne.....	2
El Sistema Nacional de Salud.....	4
. Nuevo Ministro de Salud Pública.....	4
. Situación de salud por provincias. Sancti Spíritus.....	4
Cooperación Técnica.....	5
. Seminario Internacional sobre Desarrollo Municipal y la Cooperación.....	5
. Municipios Centenario de la OPS.....	10
. Capacitación del personal técnico en alta gerencia.....	11
Programa Integral de Salud (PIS).....	11
. Impacto de la colaboración médica cubana en la República de Haití.....	11
. Información sobre el PIS.....	14
Cooperación Técnica entre países.....	14
. Situación de los proyectos CTP.....	14
. Seguridad alimentaria y nutricional.....	15
Visitas y Asesorías.....	16
Reseñas.....	18
. Héroe de Salud de las Américas.....	18
. VIII Seminario de Atención Primaria.....	19
. El Proyecto Magisterio «Formación de Formadores».....	20
. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.....	21
. Escuela Internacional de Educación Física y Deportes.....	24
. Comunicación Social y Salud Ambiental.....	25
. Lanzamiento de la publicación La Salud Pública en las Américas.....	26
. Lanzamiento de la publicación La Salud en las Américas.....	26
. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas.....	27
. Premio a INFOMED.....	28
. Eventos.....	28

DRA. MIRTA ROSES FUE ELECTA COMO NUEVA DIRECTORA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 54.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL.

Washington, D.C., 23-27 septiembre 2002

Discurso de Aceptación Washington, September 25, 2002 (PAHO) por Dra. Mirta Roses-Periago, Directora Electa

... Sabía de la emoción de este momento y, en el poco tiempo disponible para prepararme, pensaba que debería iniciar mis palabras con un agradecimiento a todos Uds. Lo agradezco de corazón...

*M*ay tantas personas y tantos mensajes que agradecer. Inicio con un agradecimiento a los doctores Carlyle Guerra de Macedo y al Dr. Alleyne. El primero por haberme dado la oportunidad de iniciar mi trabajo con la OPS junto al CAREC, a través del cual pude conocer de cerca las gentes caribeñas y apreciar su generosidad, honestidad y transparencia, defensa de la equidad y sentido de solidaridad, la unidad y la integración; y también me dio la oportunidad de pasar a la responsabilidad gerencial en dos países. Y al Dr. George Alleyne, porque tuvo la valentía y la confianza de invitarme al puesto de Subdirectora de la OPS, dando así una demostración de verdadero compromiso con el derecho de las mujeres a participar de los niveles de decisión. Tema que ha sido una constante en las decisiones de su administración en la OPS.

Mucho aprendí con usted Dr. Alleyne, sobre la dignidad y transparencia del puesto de Dirección de esta Institución, sus complejos mecanismos en la relaciones internas y externas y el valor del servicio público, la honestidad y ética del comportamiento internacional.

Un reconocimiento a la Dra. Brundtland que marcó el camino, pionera como máxima líder política en su país y con su llegada a la OMS y está culminando su gestión habiendo cumplido con sus sueños y sus propuestas de colocar a la salud en el centro de la agenda política mundial.

A las mujeres que hicieron el camino dentro de la OPS, sólo unos pocos nombres que nos representan a todas: la Dra. Ruth Puffer que acaba de fallecer a los 95 años, la Dra. Sumeda Khana, la Dra. Elsa Moreno, la Dra. María Isabel Rodríguez, la Dra. Norma Andrews, la Dra. Helena Restrepo, todas ellas fueron las primeras en ir alcanzando niveles de jerarquía y con su prestigio y calidad nos abrieron las puertas para siempre.

Mi reconocimiento a los Ministros de Salud que tomaron la decisión de respaldarme y que han apostado su confianza en mí, por encima de las influencias y consideraciones de otra índole. Soy una mujer de la América del Sur, pero al haber com-

partido los problemas y aspiraciones de todos los países de la región me hacen sentir comprometida y respetuosa con la misión de nuestra Organización sin distinciones.

La competición es parte del proceso democrático y las diferencias de opinión se expresan en la etapa de campaña. Pero terminada esta etapa confío que todos estaremos dispuestos a seguir entregando lo mejor de nuestro esfuerzo para hacer una realidad el aporte de nuestra Organización a la salud y el bienestar de nuestra América.

Agradezco al Dr. Juan Antonio Casas, de Costa Rica y al Dr. Jaime Sepúlveda, de México, por haber contribuido con sus propuestas y su movilización a despertar el interés en este proceso y a enriquecerlo. Seguramente seguirán ofreciendo, desde sus lugares de trabajo, sus valiosas opiniones y experiencias.

Un especial y emocionado reconocimiento al Gobierno de mi país, la República Argentina. Es necesario recordar, aunque todos lo conocen, el gran esfuerzo y sacrificio puesto a disposición de mi candidatura. Y es a mi pueblo argentino al que le dedico esta alegría, como un símbolo del inicio de la recuperación y el renacimiento. No es igual que ganar la copa del mundo, pero seguramente les hará sentir orgullosos y les dará un momento de felicidad.

Los sufrimientos y dificultades no son exclusivos de mi país, sino que afectan cíclicamente a todos los países en forma periódica, generados por las injustas condiciones económicas engendradas dentro y fuera de los países con repercusiones devastadoras para las condiciones de vida y de salud de la gente.

Com toda humildade reconhecemos mais que nunca o valor e importância da solidariedade humana. Junto com meu país vai meu agradecimento particular aos demais países do sul, Brasil, Uruguai e Paraguai e outros países que se colocaram firmes e decididos em apoio a nossa aspiração em dirigir os trabalhos de nossa querida OPAS, desde o momento inicial de esta campanha.

PAHO's mission is to rally the countries to work together to attain Health For All. The intimate linkage between the secretariat and the Ministries, and their joint power to convene all parties and partners, is fundamental for the well being of our countries. Health can be a driving force, as mentioned in the Nassau declaration, to attain political stability, social justice and sustained economic growth.

Ceux-ci sont des solutions qui se génèrent, qui se engendrent, au niveau local, depuis les unités les plus petites, travaillant intensément les domaines de promotion et de prévention de santé, qui requièrent peu de ressources et de technologie mais qui ont un grand impact sanitaire. Il faut récupérer l'idée d'attention primaire de base, des soins de santé primaire, qui a permis de maintenir les indicateurs de santé durant les années de crise économique comme celles vécues durant les années 80.

Necesitamos que la información y los avances de la ciencia se expresen en mejoras sustanciales de la salud. La Promoción de la Salud, es el arma más poderosa con sus instrumentos y su llamamiento a la inclusión, para lograr los cambios en las condiciones de vida y en el entorno físico de los ciudadanos que determinan el capital humano y social de la salud.

En esta reunión hemos analizado cinco documentos fundamentales para guiar nuestro próximo ejercicio. La situación de salud de las Américas, el estado de la salud pública, el plan estratégico, el informe del Director, el informe financiero. Los desafíos, las prioridades, la capacidad de la Organización para enfrentarlos están a la vista.

Mi visión tiene tres componentes: la unidad y la solidaridad de todos los pueblos del continente en pos de metas concretas; el liderazgo y responsabilidad de los gobiernos para convocar todas las fuerzas de la sociedad y una nueva propuesta de expresión de la equidad.

Para lograr la salud para todos deberemos enfocarnos en la salud de los más desfavorecidos. Proteger los éxitos y condiciones de salud más equitativos logrados por algunos paí-

ses: Dominica y otros países del Caribe, Aruba, Costa Rica, Canadá, Cuba, Chile. Dedicarnos a los más postergados para que ganen los mismos 6 años de expectativa de vida que ha ganado en promedio la región. Si trabajamos entre todos para mejorar a esos que están más postergados, más marginados, ganaremos todos. Las mujeres campesinas pobres jefes de hogar, los pueblos originarios y las comunidades indígenas, los adultos mayores que viven solos sin protección social, los jóvenes sin educación y sin empleo, los discapacitados. Que nadie quede atrás.

En diciembre en Tartagal al norte de Argentina un cacique chorote me amarró esta cinta de su fibra natural autóctona en la mano derecha, la mano que firma documentos, que se extiende para sellar la amistad, la que se levanta en los juramentos. Me la dio para que no me olvide en mi función donde están los más necesitados de la salud.

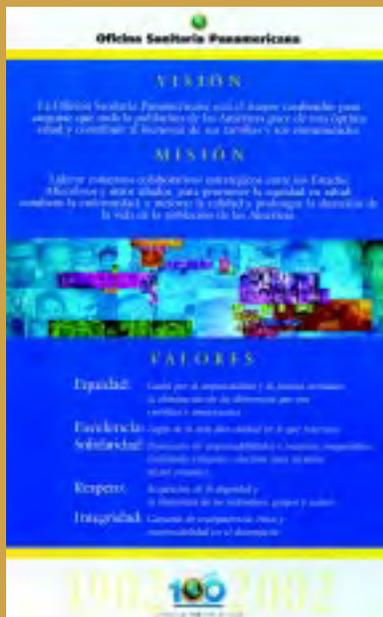
Señores Ministros, Señores Delegados, compañeros de la OPS, estas son algunas de las grandes tareas que tenemos por adelante.

El potencial de recursos existente, recursos humanos y financieros, permite mirar hacia adelante con optimismo. Sabremos seducir, convencer, argumentar por la salud de los pobres y por los que no tienen voz, para movilizar los apoyos y recursos financieros que se requieren.

Confío en la colaboración de todos y de mi parte tienen el firme compromiso de total dedicación a nuestra tarea común.

Muchas gracias.

Dra. Mirta Roses (OPS).



MENSAJE DEL DIRECTOR

Cada día me siento más privilegiado de dirigir una Oficina que apoya a los países de las Américas para alcanzar la meta de Salud para Todos. Durante el año transcurrido, toda la Oficina ha colaborado para aclarar la visión, la misión y los valores que orientan nuestro trabajo e influyen en él. Espero que todos seguiremos inspirados por esta visión y aplicaremos dichos valores a todo lo que hacemos, en nuestro esfuerzo por contribuir al logro de la misión de la Oficina.

Les envío un cartel que muestra los elementos clave de los valores, la visión y la misión que compartimos, y espero que lo colocarán en un lugar visible para tener presentes los retos asociados a su trabajo.

George Alleyne

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

NUEVO MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Desde el 15 de julio fue nombrado Ministro de Salud Pública el doctor Damodar Peña Pentón. El nuevo Ministro se graduó como médico en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, en 1986. Cumplió su servicio social en las montañas de la provincia de Guantánamo por dos años. Adquiere el título de Especialista en Medicina General Integral el 19 de agosto de 1992. Había sido seleccionado por la Unión de Jóvenes Comunistas, miembro de su Buró Nacional desde abril de 1989 hasta enero de 1995, en que es elegido miembro del Buró Provincial del Partido Comunista de Ciudad de La Habana, para la atención a la salud, la educación, la ciencia, la cultura y el deporte.

Trabajó con el Presidente Fidel Castro desde el 5 de diciembre de 1999 hasta el 20 de abril del año 2000, como parte del Grupo creado para la lucha por la liberación del niño secuestrado en Estados Unidos y dirigir la Batalla de Ideas a la que ha dedicado la Revolución especial esfuerzo. Fue designado en abril del 2000 Embajador en la República de Guatemala, cuando la Misión Médica Cubana en ese país ascendía a casi 500 médicos, hasta el 20 de diciembre del 2001, por espacio de un año y nueve meses.

En diciembre del 2001, al concluir la misión en Guatemala regresó a la Habana para asumir, por decisión del Presidente Castro, la tarea de dirigir la lucha contra el dengue como Jefe del Estado Mayor Nacional creado al efecto.

SITUACIÓN DE SALUD

En el presente número continuamos informando sobre los perfiles de salud provincial iniciado en el Vol.7No.1 Corresponde en esta oportunidad presentar los indicadores básicos de la Provincia de Sancti Spiritus.



Indicadores Básicos y Anuario Estadístico 2001



SANCTI SPIRITUS

Extensión superficial	6.744 Km ²
Índice de urbanización	69.8%
Densidad de población	68.0 Hab/Km ²
Esperanza de vida al nacer	76.46 años
INDICADORES GENERALES DE LA PROVINCIA DE SANCTI SPIRITUS	
Población Total	464.000
Población femenina	228.000
Total de nacidos vivos	5.176
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	11.1
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	7.4
Tasa media de crecimiento de la población por 1000 habitantes	2.0
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	6.6
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos	8.7
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	19.3
Tasa de mortalidad materna directa por 100 000 nacidos vivos	19.3
Trabajadores de la salud	16.282
Médicos de familia	1.383
Porcentaje de población atendida por médicos de familia	97.1
Personal de enfermería por 10 000 habitantes	3.575
Enfermeras universitarias (licenciadas)	961
Hospitales	25
Habitantes por camas de asistencia médica	162
Policlínicos	21
Clínicas estomatológicas	9
Consultas médicas por habitantes	6.4
Consultas estomatológicas por habitantes	2.2
Facultades de Ciencias Médicas	1
Institutos politécnicos de la salud	3
Organos de información de ciencias médicas	34

Las principales actividades económicas son, azucarera, agroindustrial, combustible, materiales de construcción, alimentaria y la pesca.

Las principales producciones son, azúcar crudo, mieles finales, alcohol, arroz, cemento gris, piedra triturada, bloques de hormigón, arena calcárea, leche fluida y productos lácteos, conserva de frutas y vegetales, petróleo, combustible, gasolina motor y combustible diesel.

COOPERACION TECNICA OPS/OMS

SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE DESARROLLO MUNICIPAL Y LA COOPERACION TECNICA DESCENTRALIZADA

Representante OPS/OMS: Dr. Patricio Yépez

Coordinador: Dr. Gabriel Montalvo Alvarez, Consultor OPS/OMS

Relator: Dr. Joaquín Molina, Consultor OPS/OMS en México

 Este artículo recoge un apretado resumen de las ideas, reflexiones y preguntas que se expresaron durante los trabajos del Seminario Internacional sobre Desarrollo Municipal y la Cooperación Técnica Descentralizada, que como evento pre Convención Salud Pública 2002, se celebró en Varadero, Cuba, los días 28, 29 y 30 de Abril.

El Seminario tuvo como objetivos: intercambiar y analizar experiencias sobre desarrollo municipal que se ejecutan en diferentes países para contribuir a la salud y la calidad de vida de las comunidades; identificar las estrategias de cooperación técnica para la ampliación y consolidación del proceso de desarrollo municipal, así como su posible aplicación. El tercer y últi-

mo objetivo es compartir con los participantes en la Convención Internacional de Salud Pública 2002; una síntesis de este intercambio.

Asistieron salubristas, alcaldes, diputados, directivos de salud pública, profesores de las ciencias sociales y de la salud pública, profesionales encargados de educación, del ambiente, de la salud pública veterinaria junto a funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud, incluidos siete Representantes de OPS/OMS.

El Seminario contó con la participación del Ministro de Salud Pública de Cuba, y de la Subdirectora de la OPS/OMS. En total 80 especialistas compartieron las experiencias de 10 países (Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, República Dominicana, El Salvador), mediante el análisis de tres temas centrales: Salud y Calidad de Vida, Descentralización de la Cooperación Técnica y la Cooperación Intersectorial e Interagencial.

El Seminario Internacional sobre Desarrollo Municipal y la Cooperación Técnica Descentralizada expresó las siguientes ideas y consideraciones:

Hay una relación directa entre salud y calidad de vida de las poblaciones, que se establece más allá de la restricción a las capacidades individuales que impone la enfermedad, para visualizarse en los aportes que la salud otorga a la vida plena de los ciudadanos y su integración al desarrollo social.

La experiencia cubana es rica en ese sentido, vista desde los ángulos del trabajo del Ministerio de Salud Pública y de los órganos de gobierno del país, y se reconoce que el espacio municipal está resultando clave para mejorar la calidad de vida del pueblo. Los pilares del desarrollo municipal de la salud en Cuba tienen asiento en la alta prioridad que esta tiene en la política de estado y de gobierno, siendo el funcionamiento de los Consejos de Salud una clara expresión de esa prioridad en la medida que están integrados por todos los directivos sectoriales, y también en la participación amplia de la sociedad en los asuntos de salud evidenciado en el alto número de temas sanitarios que se tratan en las rendiciones de cuentas que hacen los delegados ante la población.

La cobertura casi total alcanzada por el programa del médico de familia, unido a los logros en salud de la población pese al entorno económico y comercial adverso, ha potencializado de manera notable la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El desarrollo de la calidad de vida y salud alcanzado en Cuba, se considera muy vinculado con la generación de espacios para la deliberación y concertación social abiertos con el desarrollo e institucionalización del Poder Popular. Prueba de ello es que la dirección de

salud en los niveles nacional, estatal y municipal está subordinada a la asamblea respectiva del órgano de gobierno y el director de salud municipal ocupa una vicepresidencia de ese órgano.

La revisión de la información internacional muestra que el mejoramiento de la calidad de vida es una preocupación y motivación para la ejecución de estrategias y proyectos sociales. La educación es un pilar para mejorar la calidad de vida de las poblaciones marginadas y sus efectos se manifiestan a largo plazo.

Los principales componentes en la lucha por el mejoramiento de la calidad de vida de la población se han identificado en:

- La lucha contra la pobreza, proclamada prioridad en la declaración del milenio.
- La lucha contra las guerras y el terrorismo, el aseguramiento de las libertades públicas y la seguridad individual.
- La protección del entorno.
- La seguridad social para todos con énfasis en el acceso libre a servicios de educación y salud.
- La seguridad alimentaria
- Vivienda adecuada, protegida con suministro de agua limpia y saneamiento básico.
- El desarrollo de la recreación y el deporte.
- El disfrute del arte y la literatura.
- La protección específica a las personas vulnerables
- El respeto y desarrollo consecuente de los derechos humanos.

Asimismo, se consideran relevantes para mejorar la calidad de vida en el contexto mundial actual, las siguientes intervenciones en salud:

- Lucha contra las adicciones
- Lucha contra la violencia doméstica
- Lucha contra el sedentarismo
- Programas de alimentación y nutrición
- Control de accidentes
- Calidad del aire y agua
- Calidad del ambiente laboral
- Programas de inmunizaciones
- Tratamiento de residuales
- Desarrollo de la vivienda

Otra área de revisión es la reorientación de los servicios de salud en función de los problemas de salud no resueltos y para atender mejor los emergentes derivados de cambios epidemiológicos y demográficos. En los últimos años, la mayor parte de los sistemas de salud de América Latina han iniciado proce-

sos de transformación y cambios que se han identificado genéricamente como reformas del sector salud (RSS), concentradas mayormente en los aspectos de financiamiento y eficiencia, mientras relegaron las cuestiones de equidad, protección social en salud y salud pública, que tienen implicación directa en la calidad de vida de las poblaciones.

El desafío del nuevo milenio para los servicios de salud es garantizar a todos los ciudadanos un grado básico de protección social en materia de salud, que contribuya a eliminar desigualdades en el acceso a servicios básicos de calidad para todas las personas y que proporcione a los grupos excluidos las oportunidades de recibir atención integral de salud que satisfaga sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea una barrera. Adicionalmente, los sistemas y servicios deben reorientarse para desarrollar más efectivamente el trabajo de promoción de salud y prevención de enfermedades, transformando el modelo de atención dominante para introducir elementos que fortalezcan la vida saludable y una calidad de vida plena.

En ese sentido, la OPS atendiendo al mandato de los países, alienta y apoya el desarrollo de una nueva generación de reformas de sector salud, cuyos elementos claves deben ser ampliar la protección social en salud para hacer más equitativo los beneficios que recibe la población de los sistemas de salud, desarrollar mecanismos de financiamiento de la salud más eficientes y solidarios, mejorar la calidad de la atención, mayor énfasis en la promoción de salud y la prevención desde los servicios, fortalecer la práctica de la salud pública y la función rectora de las autoridades sanitarias y atender la formación y desarrollo de los recursos humanos para sustentar los cambios mencionados. De modo resumido, se trata de poner en práctica, con amplio consenso y participación, reformas con criterios centrados en la salud de las poblaciones y el bienestar de las personas y no orientadas hacia el mercado y la eficiencia económica.

En América Latina hay experiencias valiosas de desarrollo de la salud y mejoría de las condiciones sanitarias concebidas e impulsadas desde el municipio. Se conoció el trabajo desarrollado por los municipios Cotacachi y Pedro Moncayo y la región de Loja en Ecuador, Yaguajay de Cuba, San Miguel de Sabaneta de República Dominicana y Santa Catarina, en el estado de Nuevo León en México, siendo común denominador de ellas el reconocimiento por las autoridades locales del valor y la importancia de trabajar en la mejoría de la calidad de vida de sus pobladores, con fuerte acento en las iniciativas y proyectos de salud y mejoramiento sanitario. Las estrategias desarrolladas

son diversas, como variados son los problemas identificados y las fuerzas concurrentes, pero comparten éstas experiencias la identificación participativa de los problemas, la generación de planes y programas locales con soluciones consensuadas y el aporte de recursos de múltiples fuentes. Incorporan también la intersectorialidad, la vigilancia comunitaria de la gestión y los recursos a través de organizaciones creadas al efecto como son los consejos de salud o instancias formales como es la rendición de cuentas a los electores.

Todas las experiencias compartieron el compromiso de las autoridades locales de gobierno para colocar a la salud como un elemento clave del desarrollo social, y avanzaron en la integración de carpetas o conjuntos de proyectos de variada orientación como la protección ambiental, el saneamiento básico y la eliminación de residuos, suministro de agua potable, seguridad alimentaria, fomento del deporte, educación y comunicación en salud, prevención y atención a la violencia intrafamiliar, lucha contra las adicciones y la prestación de servicios personales de salud. Los fondos los obtienen de fuentes múltiples y adicional al aporte que su monto representa, el valor mayor que le confieren está dado por las capacidades institucionales y en la comunidad que contribuyen a crear.

Otra experiencia notable de desarrollo local, impulsada desde una institución de cooperación técnica, son los municipios productivos y saludables en práctica en los países de Centroamérica y particularmente en las zonas de frontera, donde se encontró que se concentraba una importante masa de niños y adultos con algún grado de desnutrición. Aquí las iniciativas también son diversas e incluyen la producción de alimentos nutricionalmente mejorados, fomento de la agroindustria rural femenina, trabajar en la inocuidad de los alimentos, el control del déficit de micronutrientes, la promoción de la salud y la seguridad alimentaria nutricional.

La cooperación técnica de la OPS/OMS ha avanzado estratégicamente en apoyo directo a procesos de desarrollo local y municipalización. La Dra. Mirta Roses precisó el marco conceptual de la descentralización de la cooperación técnica, indicando los dos conceptos claves que involucra:

Cooperación técnica(CT): es la acción conjunta de dos o más partes para producir, intercambiar y aplicar convenientemente tecnologías y procesos para enfrentar problemas de desarrollo identificados por las partes.

Descentralización: propuesta de cambio en el uso y distribución del poder; por este proceso se transfieren competencias, decisiones y recursos desde el nivel central hacia los niveles intermedios y locales.

La descentralización de la cooperación técnica en salud tiene antecedentes en los países, la propia OPS y en otras agencias de cooperación, que explican y al propio tiempo conforman los campos, estrategias y planes ejecutados bajo esta modalidad de trabajo. El desarrollo de la OPS misma es una historia de descentralización, que se inició entre 1902 y 1948 cuando se cooperaba con los países a través de campañas y proyectos especiales (p.e.: de prevención y control de enfermedades transmisibles), siguió la conformación de 7 áreas en 1970 que atendían el proceso de CT en todos los países y en 1985 se definió a la Representación en los países como la unidad básica de producción de la CT. En los años más recientes numerosos proyectos de cooperación tuvieron una ejecución descentralizada (Municipios saludables, Municipios productivos, PRODERE, SMALP, etc.)

La descentralización de la cooperación técnica se ha hecho atendiendo a argumentos políticos, técnicos y administrativos en los países donde estas experiencias han tenido lugar. Entre los primeros encontramos el marco jurídico, búsqueda de la equidad y acompañar procesos institucionales de descentralización, desconcentración, transferencia de poder y desarrollo de capacidades locales para la atención de problemas de salud. Los requerimientos técnicos más notables han tenido que ver con cambios epidemiológicos y demográficos, acompañar proyectos de NN UU o el desarrollo de una visión local en la contribución de la CT. Los administrativos incluyen las posibilidades de llevar a cabo la descentralización de la CT sin incremento de recursos y personal, el desarrollo intersectorial existente, la movilización de recursos y la infraestructura existente en el país y las representaciones.

El análisis y reflexión sobre las experiencias de descentralización de la CT de la OPS ha permitido identificar un conjunto de desafíos que deberán abordarse, tanto por la organización como por las autoridades sanitarias de los países, siendo los más relevantes la definición de una política institucional al respecto, precisar los criterios para seleccionar las experiencias y establecer mecanismos para valorar la sostenibilidad y el impacto que logran, así como la coincidencia con políticas de estado orientadas en el mismo sentido y considerar las posibilidades reales de replicabilidad.

Actualmente se desarrollan experiencias de descentralización de la CT de OPS/OMS en Ecuador, Bolivia, Brasil, Guatemala, Colombia, Cuba, Honduras y El Salvador, atendida cada una a criterios y prácticas propias, aunque con rasgos compartidos. En todos los casos fueron pactados con la autoridad nacional de salud, en varios casos hubo resistencia por parte de los programas técnicos centrales y asociaciones de

profesionales, en cambio fueron entusiastas promotores las direcciones territoriales de salud y las autoridades locales. Las experiencias se desarrollaron en espacios subnacionales seleccionados, nunca a todo el país, siendo el municipio el más privilegiado atendiendo a que generalmente posee una autoridad de gobierno formalmente constituida. Los criterios para seleccionar los territorios fueron variados, dependiendo de las realidades y fortalezas de cada país y la Representación de OPS/OMS: población con alta marginación social (desplazados, refugiados, afectados por desastres, etc.), problemas de salud no resueltos con prioridad en los planes de salud, preexistencia de proyectos de cooperación con fondos externos, magnitud de los fondos de cooperación disponibles, decisión de las autoridades basada en la importancia política de los territorios, disposición para apoyar de las autoridades locales, entre los más citados.

Una distinción necesaria de hacer es entre proyectos locales, territorialmente delimitados, que ejecuta la OPS y la entrega descentralizada de la cooperación técnica. En la primera suele crearse una unidad ejecutora, generalmente prevista en los contenidos del proyecto, mientras que en la segunda la función de enlace adquiere relieve particular. Se convino que el fin último de ambos debe ser contribuir a generar e institucionalizar capacidades locales y nunca sustituir a las instancias de gobierno e instituciones públicas de salud en la labor asistencial, so pena que al finalizar los proyectos cese el beneficio de los mismos por falta de capacidad autónoma para darle continuidad.

En la operacionalización de la cooperación descentralizada, suele generarse una estructura local encargada de la planeación y seguimiento de las actividades, constituida con recursos humanos aportados por instituciones públicas de salud, académicas o de gobierno, y también por personal nacional contratado por la OPS, encargados de los proyectos. El equipo técnico de la Representación trabaja de modo articulado con el grupo de gestión de la cooperación descentralizada, con grados diferentes involucramiento según el desarrollo alcanzado. La preocupación y al propio tiempo desafío en este ámbito, es alcanzar un grado importante de acción interprogramática e intersectorial, trabajo coordinado y sinergia de esfuerzos de la cooperación técnica y las instituciones de salud. Igualmente, todas las experiencias coincidieron en la importancia de capacitar a los consultores de la OPS como gestores de cooperación técnica descentralizada, lo cual difiere del perfil tradicional de técnico en áreas específicas de la salud.

La discusión de estas experiencias permitió visualizar con claridad valores importantes que poten-

cialmente encierra la cooperación técnica descentralizada de la OPS. En el plano nacional resalta la contribución a atraer la atención sobre salud en los espacios locales; fortalecer el sistema de salud siempre que la CT no pierda de vista su papel de catalizador de procesos y refuerzo a las capacidades institucionales, no sustitutivo de los protagonistas nacionales; oportunidad de dinamizar la colaboración intersectorial; posibilidades renovadas para llegar con los recursos de la cooperación a los grupos más necesitados y de inversión en los problemas de salud de interés especial para la organización; y la contribución a la reducción de fallas en la descentralización de los sistemas de salud. En el plano interno de las Representaciones de OPS, ha redundado en la mejoría en el trabajo de equipo e interprogramático, desarrollar habilidades en el personal técnico como conductores de procesos y para la movilización de recursos, y mejor conocimiento de la situación y los servicios de salud y coherentemente, de las necesidades de CT.

La experiencia de descentralización de la CT de Cuba es muy particular por la extensión que alcanza (53 municipios de los 169 del país) y por otras características peculiares, como es haber constituido 5 puntos focales de la cooperación, en las Universidades Médicas, quienes atienden la marcha, ejecución y evaluación de los proyectos municipales, y anteriormente habían atendido las necesidades de capacitación para formular los proyectos y asesoran la administración y gestión estratégica en ese nivel. El Ministerio de Salud Pública del país, en sus instancias nacional, provincial y municipal, acompaña el proceso de descentralización de la CT y esta se beneficia del grado de desarrollo técnico y las capacidades instaladas en el sistema de salud para hacer una utilización más eficiente y racional de los recursos.

Las conclusiones del Seminario estuvieron a cargo de la Dra. Mirta Roses, Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud, quien expresó las siguientes ideas:

- Hay unas macrotendencias donde se están insertando los procesos del crecimiento económico, las desigualdades y la pobreza; en el marco de la globalización. Es evidente que desde hace tres décadas se ha centrado la atención del mundo en el crecimiento económico y que no se ha podido resolver la estabilidad de ese crecimiento económico. Sin embargo habría que comprender que la desigualdad y la pobreza son los elementos críticos que impiden el crecimiento económico sostenido y que, por otro lado, es el desarrollo humano el que permite abordar el tema

de las desigualdades y de la lucha contra la pobreza.

- Es necesario valorar la importancia de que si se centra la prioridad en la formación de capital humano como condición del desarrollo humano a nivel local; los actores principales de la conducción de esos procesos son los ámbitos territoriales, o sea las unidades municipales. Ahora bien, de qué manera el desarrollo municipal forma parte del fortalecimiento nacional y cómo los procesos deben ser interconectados, para la estabilización de las políticas nacionales en la resolución de las desigualdades internas y para favorecer y facilitar la inserción de las naciones en este fenómeno de la globalización.
- De ahí la significación que tienen introducir en el concepto de desarrollo municipal el tema de cooperación técnica. Hay que recordar que ésta tienen dos objetivos: captura de la innovación y de las experiencias para favorecer el intercambio y el otro es la aceleración de los procesos de desarrollo, es decir lo que en el pasado era asistencia técnica. Entonces si el eje de la acción para la superación de las desigualdades y de la pobreza es el desarrollo local; la cooperación técnica debe extender su cobertura para poder ejercer ese rol de alcanzar el ámbito local.
- El problema de la pobreza y las desigualdades reconocemos que es de gran complejidad y que no se puede abordar desde un espacio único y ahí es donde se inserta la intersectorialidad. El fenómeno de la pobreza debe ser abordado desde distintos puntos de vista, pero además en espacio poblacionales específicos, debido a las variaciones que se dan de los factores de la pobreza, en diferentes regiones. La intersectorialidad, lógicamente, tiene posibilidades mucho más amplias de ser abordada en unidades de menor complejidad como son las unidades municipales. Desde hace muchos años se menciona la acción intersectorial pero en espacios amplios como nación, por ejemplo, no es sencilla por cuanto los sectores adquieren identidades y perfiles de extrema complejidad institucional que resulta bastante difícil, es mucho más sencillo en lo local frente a situaciones concretas, lograr coordinación para soluciones integrales sobre problemas comunes.
- Ese campo intersectorial tiene una dimensión que de alguna manera está impulsando y presionando sobre lo interagencial. Hasta ahora se ha venido hablando de lo intersectorial y lo interagencial como dos situaciones distintas, pero en este Seminario se vio que cuando centramos la mirada en el desa-

rollo local; lo intersectorial y lo interagencial se fusionan porque las Agencias están organizadas en cierta medida de acuerdo con lo sectorial; por lo tanto se ha hecho un aporte conceptual a cómo se resuelve lo intersectorial y lo interagencial cuando el trabajo se centra en el ámbito local.

- En la movilización de recursos, hay un cambio de liderazgo en el motor de la cooperación internacional. En lugar de ser la decisión del que ofrece recursos, ahora pasa a ser la propuesta de aquel que lo necesita. Eso traslada el eje de la balanza a la propuesta y por lo tanto se evidencia la necesidad de apropiarse de metodologías para la formulación de proyectos que pasa a convertirse en uno de los instrumentos más importantes para la movilización de recursos y que le da las posibilidades al nivel local de negociar en ese propio ámbito, y desde allí al interior del país, y a la movilización de recursos

extranacional. Vemos con claridad que con este enfoque de desarrollo local, la movilización de recursos abre una oportunidad para la solidaridad horizontal entre municipios, entre países y hasta entre Agencias.

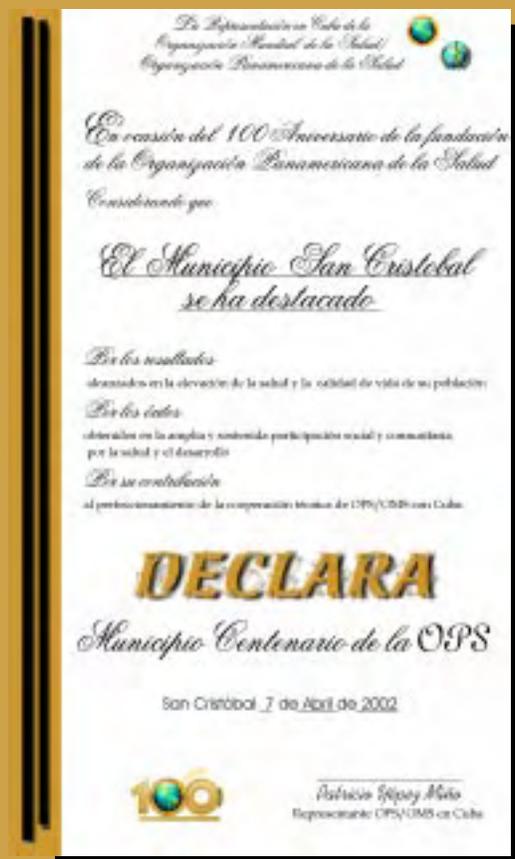
Con estas últimas ideas expresadas por la Dra. Roses, concluyó el Seminario sobre Desarrollo Municipal y la Cooperación Técnica Descentralizada, donde además se identificaron intereses para inmediatas acciones de intercambio entre países, entre Agencias y Programas de Colaboración presentes y entre las Representaciones de OPS/OMS, que sin lugar a dudas enriquecerán nuevos debates sobre tan apasionante tema.

Varadero, Cuba, 30 de Abril de 2002

MUNICIPIOS CENTENARIO DE LA OPS

PROVINCIA	MUNICIPIO
Guantánamo	Baracoa
Santiago de Cuba	El Frente
Holguín	Urbano Noris
Granma	Media Luna
Las Tunas	Puerto Padre
Camaguey	Florida
Ciego de Avila	Morón
Sancti Spíritus	Yaguajay
Villa Clara Santa	Clara
Cienfuegos	Cienfuegos
Matanzas	Cárdenas
Habana	San José de las Lajas
C. Habana	Cotorro
Pinar del Río	San Cristóbal

Nota: El Ministerio de Salud Pública y la Representación de la OPS/OMS solicitaron a cada gobierno provincial la selección del municipio destacado en el territorio para otorgarle la condición de Municipio Centenario.



«SEMINARIO DE ALTA GERENCIA: MODELOS E INSTRUMENTOS PARA UNA GERENCIA SOCIAL EFICIENTE»

Entre el 27 y el 29 de Agosto del presente año se desarrolló en Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, el «Seminario de Alta Gerencia: Modelos e Instrumentos para una Gerencia Social Eficiente». El mismo fue organizado por el INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá) y la OPS, participaron dirigentes y funcionarios de estas instituciones de los países de Centro América y Cuba, así como funcionarios de gobiernos y ministerios de estos países, involucrados en programas de SAN (Seguridad Alimentaria y Nutrición).

La delegación de nuestro país estuvo integrada por el Lic. Jorge Cosme Casulo, Coordinador Punto Focal Territorio Oriental (Instituto de Ciencias Médicas-Santiago de Cuba), el Dr. Pastor Castell Florit, Coordinador Punto Focal Occidente (Escuela Nacional de Salud Pública-Cuba), y el Lic. Enrique Rivero Milán, Consultor para la Cooperación Interagencial en la Representación de OPS/OMS en Cuba. Entre las personalidades participantes en el evento estuvieron presentes los Doctores Hernán Delgado, Director del INCAP, Carlos Samayoa, Representante de OPS/OMS en Honduras, Patricio Rojas, Representante de OPS/OMS en Nicaragua, y Gustavo Mora, Representante de OPS/OMS en Guatemala.

Actuaron como Facilitadores-Conferencistas el Dr. Bernardo Kliksberg, Asesor Internacional de la ONU-BID-OIT-UNESCO-UNICEF, Dra. Nora Blaistein, Asesora Internacional de la OPS-UNICEF, y el Dr. José Solbrandt, Profesor de la Universidad de Chile y Asesor Internacional de la ONU-BID-OPS. El Seminario fue muy participativo, y la forma de enseñanza fue en base a conferencias, trabajo grupal y discusión-análisis en plenarios.

El objetivo del programa fue, a partir de los problemas de gestión, acción social y de salud pública, apor-

tar a los participantes los conocimientos esenciales sobre:

- Tener una visión de los principales problemas sociales de la región y sus impactos sobre la salud pública y la calidad de vida de la población.
- El conocimiento de los modelos de gestión estratégica con vistas a su aplicación en la salud.
- El manejo del nuevo campo de análisis denominado «Capital Social», con múltiples implicaciones sobre la acción y el trabajo en salud.
- El conocimiento de las modernas técnicas de negociación, fuertemente ligadas a la idea de «Capital Social».
- La visión de modelos y técnicas de avanzada en participación, construcción de redes y análisis de involucrados.
- La incorporación de ideas técnicas renovadoras para la evaluación de la Cooperación Técnica prestada por la OPS.

El Seminario posibilitó además un amplio intercambio de información y experiencias relacionadas con estos temas, así como el conocimiento de los diferentes modelos de SAN que se desarrollan en los países del área, permitiendo identificar las similitudes y diferencias entre los mismos. Esto brinda la posibilidad de adecuar estrategias, acciones y programas al desarrollo de una cooperación más eficaz en nuestras propias áreas de intervención.

14 de Octubre de 2002

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD (PIS)

IMPACTO DE LA COLABORACIÓN MÉDICA CUBANA EN LA REPÚBLICA DE HAITÍ

Dr. Luis Curbelo Alfonso, Jefe de la Misión Médica Cubana,

Dr. José Guillermo Sanabria Negrín, Dra. María Elena Cunill López, Co. Pablo Rojas Valdivieso, Miembros de la Coordinación General de la Misión Médica Cubana.

En los finales de 1998 la República de Haití es azotada despiadadamente por el huracán George, cientos de vidas se perdieron, miles de dam-

nificados e innumerables pérdidas en recursos materiales fue el balance final del devastador fenómeno atmosférico. El 4 de diciembre de 1998, por solici-

tud del Gobierno Haitiano comienzan a arribar al país los primeros médicos cubanos agrupados en brigadas, que hasta el número de 15 llegaron de forma escalonada.

Por estrategias conjuntas del MINSAP de Cuba y el Ministerio de Salud Pública y de la Población de Haití (MSPP) fueron desplegados los colaboradores en los 9 Departamentos del país y el Distrito Sanitario Especial de Nippes, en muchos lugares donde nunca antes había llegado un profesional de la salud. Es importante señalar que en esos momentos se estimaba la presencia de 1848 médicos haitianos, de los cuales 1635 se encontraban en Puerto Príncipe, Capital del país.

Se comenzó un trabajo minucioso y sistemático en el fortalecimiento de la atención hospitalaria y una lucha sin cuartel en los aspectos curativos, así como en el manejo de las epidemias.

Fidel dijo entonces: “Más que enviar una brigada de médicos, es necesario pensar en un programa de salud para el pueblo de Haití. El personal cubano trabajaría en cooperación con los médicos haitianos. No disponemos de recursos materiales, pero sí de los recursos humanos necesarios, que es uno de los frutos de la Revolución”.

Siguiendo estas orientaciones, se establecieron por etapas las estrategias de trabajo que señalamos a continuación.

Primera etapa: (diciembre 1998-marzo 2000).

- Emergencia.
- Fortalecimiento de la atención hospitalaria de salud.
- Inicio del “Plan extensión” (Ubicación del personal médico cubano en lugares apartados).
- Becas de Medicina en Cuba para estudiantes haitianos.

Segunda etapa: (marzo -diciembre 2000)

- Fortalecimiento de la atención primaria de salud.
- Comienzo de la dispensarización.
- Vigilancia epidemiológica
- Ingresos en el hogar.
- Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional.
- Desarrollo de la Cirugía Ambulatoria.
- Disciplina estadística.

Tercera etapa: (diciembre 2000- julio 2002)

- Elaboración del Análisis de la Situación de Salud y su plan de intervención.
- Consolidación de la Atención Secundaria
- Implantación de un sistema de Referencia y Contrareferencia.
- Especialización en Medicina General Integral de los jóvenes pertenecientes al grupo de médicos cubanos de Excepcional Rendimiento Académico.
- Apertura de la nueva escuela de Medicina en la República de Haití, con profesores cubanos.
- Consolidación y generalización del plan extensión.

En Haití hoy brindan sus servicios 525 trabajadores cubanos de la Salud, siendo el de mayor número de cooperantes internacionalistas del Plan Integral de Salud; de éstos, 294 son médicos y 78 pertenecen al Contingente de Médicos de Excepcional Rendimiento Integral.

Se han graduado como especialistas en MGI 84 médicos del Contingente anteriormente mencionado, en todos los casos con notas de **SOBRESALIENTE**.

Entre los principales indicadores de impacto señalamos los siguientes (hasta junio /2002).

- Han sido vistos 2 322 531 ciudadanos haitianos, es decir, 1 de cada 4 haitianos ha recibido la atención de nuestro personal.
- Se han realizado 485 956 consultas en el terreno. Las mismas se han visto incrementadas a un 34.5 % del total de consultas de este año..
- 31 292 enfermos han sido ingresados en el hogar. Esta cifra se ha triplicado con relación a la del año 2000.
- 107 965 pacientes han recibido tratamientos de Medicina Natural y Tradicional que se practica en el 66 % de los lugares donde labora nuestro personal.
- Se han realizado 1 626 cirugías mayores ambulatorias de las 27 476 realizadas (mayores y menores) por la Cooperación Cubana.
- La tasa de mortalidad bruta hospitalaria es de 1.6 %, 8 veces menor que la reportada por el MSPP Haitiano.
- Se han realizado 916 219 exámenes de laboratorio y 111 266 exámenes radiológicos y ultrasonográficos.
- Se han realizado 9 439 actividades de capacitación a técnicos y personal empírico Haitiano.
- 932 equipos médicos han sido reparados, lo que ha representado al país un ahorro de 900 150 usd.

Con el trabajo del Análisis de la Situación de Salud, realizado en 79 de los 94 asentamientos donde labora nuestro personal, fueron dispensarizados 191 913 habitantes, lo que representa el 7.1 % de la población de los lugares donde se hizo el estudio. En todos los casos se realizó por el equipo horizontal de salud cubano de ese lugar y POSTERIOR A SU HORARIO LABORAL. Del mismo se desprendió que:

- Se captaran y capacitaran a 735 comadronas.
- Se realizaron 4 controles prenatales promedio por embarazada.
- Se dispensarizaran 31 497 gestantes, 82 301 menores de 5 años y 145 958 mujeres en edad reproductiva.

- Se crearon y funcionan 89 círculos de adolescentes, 41 de lactantes, 66 de embarazadas y 50 círculos de abuelos
- Se realizaron 25 639 partos institucionales. Este trabajo ha propiciado la reducción (según cálculos aproximados) en un 20 % la cantidad de partos extra-institucionales del país.
- Se aplicaron 861 529 dosis de vacunas a la población infantil, 101 103 dosis a embarazadas.
- El trabajo conjunto del MSPP Haitiano, la representación de la OPS/OMS y la Cooperación Cubana logró detener la epidemia de sarampión en el país.
- Las tasas de mortalidad infantil, en el menor de cinco años y la materna lograron reducirse (en los lugares donde se encuentra nuestro personal) a 33 x 1000 nv para la primera, 59.4 x 1000 nv para la segunda, y 285 x 100 000 nv para la tercera, frente a las tasas estimadas del país que son 80, 135 y 523, respectivamente.
- Se logró definir por prioridades el cuadro de salud del país, ocupando los lugares más importantes en frecuencia entre las Enfermedades Transmisibles:
 - I.R.A.
 - Enfermedades de la piel
 - Parasitismo intestinal.

- E.D.A.
- Fiebre tifoidea
- Malaria
- I.T.S. (El SIDA presente en el 4.5 % de la población).
- En cuanto a las no transmisibles se detectaron 25 566 pacientes hipertensos, equivalente al 13.1 % de la población dispensarizada mayor de 15 años, el 82 % de ellos sin conocimiento previo de su enfermedad.
- Se detectó además:
 - Alta incidencia de fecalismo al aire libre (50 %), mala calidad del agua de consumo (86.8 %), hacinamiento y mala calidad de las viviendas (69.3 %), presencia de vectores (94.6 %) entre otros problemas.

Por el apoyo de la comunidad y de los líderes formales e informales captados, se lograron construir 2 313 letrinas sanitarias, se chapearon 866 solares yermos, se eliminaron 1 451 microvertederos, se trataron 2 212 fuentes de abasto de agua y en 3 capitales departamentales la recogida de desechos sólidos se ejecuta estatalmente.

Se eliminaron 34.7 % de depósitos de agua, en los que el 13.8 % tenía larvas de mosquito *Aedes aegypti*, a partir de las visitas a 91 373 viviendas.

Se arrebató de la muerte a más de 27 750 vidas.

Se han realizado desde marzo del 2000, 24 Jornadas Científicas Departamentales Cubano – Haitianas y 2 Jornadas Nacionales. Cinco de los trabajos de la Primera Jornada Nacional fueron presentados en el Forum Nacional de Ciencia y Técnica en Cuba y todos resultaron premiados, uno de ellos como **relevante**.

Se realizaron 4 talleres regionales de Análisis de la Situación de Salud, que permitieron que 12 de estos trabajos fueran presentados en el Taller Nacional de Vigilancia Epidemiológica, auspiciado por el MSPP Haitiano y la OPS/OMS, además del Análisis de la Situación de Salud del país.

La Cooperación Médica Cubana trabaja con 16 ONG, en 29 lugares diferentes, y un proyecto tripartito de cooperación entre Cuba- Francia y Haití, para la reducción de la mortalidad materno-infantil. El trabajo del equipo cubano ha sido evaluado con beneplácito por un equipo de evaluación externa de representantes de los tres países involucrados en el proyecto.

Se implementa con la Representación de la OPS/

OMS y el MSPP Haitiano otra cooperación triangulada, donde la primera aportaría 1 millón de usd, destinados a la reducción de la mortalidad materna en 6 Unidades Comunales de Salud en Haití (UCS). En ella se integraría el proyecto de la representación de la OPS/OMS y el MINSAP de Cuba relacionado con la disposición y recogida de los residuales sólidos.



Formamos parte del grupo de Socios en Salud (agencias internacionales para el desarrollo de la salud) que concreta mensualmente las líneas tácticas y estratégicas de la Salud, a partir del Plan Estratégico del quinquenio elaborado por el MSPP Haitiano.

No podemos concluir sin expresar en nombre de nuestros 1 452 compatriotas que han dejado su grano de arena en esta tierra, lo comprometidos que hemos estado con este pueblo a los que tantos lazos de cultura, de historia y de sangre nos unen. Si nos preguntaran cuál ha sido el impacto principal logrado, sin duda alguna diríamos que es: La admiración, el respeto y el cariño que este pueblo siente por Cuba y Fidel.

INFORMACIÓN SOBRE EL PIS



PUBLICACIONES



COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

SITUACION ACTUAL DE PROYECTOS CTP PARA EL PERIODO 2001-2002

NOMBRE DEL PROYECTO

Control de Calidad de Inmunobiológicos, Medicamentos y Saneantes
 Promoción de salud en ámbitos locales
 Ciencia y Técnica
 Fortalecimiento de la Promoción de Salud para el Desarrollo Local
 Ciencia y Técnica
 APA y residuos sólidos.
 Desarrollo municipal
 Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.

Biblioteca Virtual en Medicina Tropical
 Proyecto Colaboración en Leptospirosis
 Economía de la salud
 Información de codificadores de mortalidad
 Fortalecimiento del servicio de oncología y mantenimiento de equipos
 Salud mental
 Descentralización y desarrollo local
 Municipios productivos
 Mantenimiento de equipos
 Observatorio de recursos humanos

Formación y práctica de la salud pública

Municipios productivos
 Seguridad alimentaria y desarrollo humano local
 Impacto de la implementación de la CIE 10

PAIS

* Brasil
 * Canadá
 * El Salvador
 ** Ecuador
 ** Ecuador
 * Haití
 * Rep. Dominicana
 * Salvador
 Honduras
 Guatemala
 Cuba
 ** Panamá
 * Honduras
 * México
 * Chile
 * Bahamas
 * R. Dominicana
 ** Guatemala
 ** Colombia
 ** Haití
 ** Chile
 Brasil
 Cuba
 ** Chile
 Venezuela
 Cuba
 ** Uruguay
 ** Grupo 77
 * Colombia

* Aprobado

** En negociación

LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SAN)

Dr. Rolando Miyar, Consultor OPS/OMS

En el mundo actual existe una persistente y creciente complejidad de los problemas de la alimentación y nutrición muy relacionados no solo con los cambios demográficos sino también con las situaciones socioeconómicas y epidemiológicas que se presentan.

La Seguridad Alimentaria, el estado en el cual todas las personas gozan de forma oportuna y permanente de acceso a los alimentos en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica lo cual le garantice un estado de bienestar que contribuya al desarrollo humano, no es en estos tiempos una realidad para millones de personas.

La misma, vista en términos de causas y efectos trae aparejado no solo las posibilidades de la producción y por ende disponibilidad de los mismos sino también el grado de accesibilidad que tenga la población, dado la existencia de factores de carácter cultural, social, educativo y biológico que no solo afectan la aceptabilidad sino también el consumo y aprovechamiento. Estos elementos que le dan el carácter de necesarios para un buen proceso nutricional deben cumplimentar el grado de suficiencia con la necesaria integración de acciones dirigidas a promover las mismas y obtener condiciones ambientales que garanticen el logro y la sostenibilidad.

Desde el punto de vista de las consecuencias la mal nutrición no solo se relaciona con la morbilidad y la mortalidad por diferentes enfermedades sino también trae aparejado un inadecuado desarrollo físico y mental.

Las tres vertientes esenciales para la seguridad alimentaria, deben proyectarse hacia el proceso de producción, preferentemente tratando de garantizar la alimentación en el ámbito local, la acción mantenida que asegure la inocuidad en todo el proceso de la cadena agroalimentaria y una vigilancia sistemática que además de recogida de datos e información, permita hacer inteligencia en pos de la salud y bienestar de la población.

Cualquier intento para abordar estas vertientes, en términos de posibilitar el proceso alimentación-nutrición localmente debe contemplar la coordinación de acciones que fomenten la salud y la productividad agropecuaria de forma sustentable, aglutinando a los actores políticos, económicos, sociales y la población, en interés mutuo de mejorar la calidad de vida en las comunidades. Este accionar integrado debe ser dirigido no solo a los procesos de producción de alimentos sino debe tener un enfoque estratégico para la

comercialización, la generación de ingresos, la educación y la salud.

La Cooperación entre países tiene como objetivo propiciar el intercambio, ampliar el conocimiento de las experiencias exitosas del nivel municipal en diversos países e identificar los factores positivos que fundamenten el logro de la SAN en sus acciones municipales; poder diseñar una metodología integradora de los procesos de los países involucrados, que permita también brindar estas estrategias y herramientas a nuevos países, municipios o localidades de incorporación posterior y se les facilite poder abordar en forma sistemática, oportuna y eficiente sus problemas y prioridades en esta actividad. Igualmente debe contribuir a fortalecer el propio ámbito municipal, impulsando el bienestar nutricional de la población desde una base más amplia y sostenible.

En este año se aprobó y está en ejecución el proyecto sobre Promoción de la Seguridad Alimentaria en procesos participativos de desarrollo local en municipios de Centroamérica y el caribe hispano.

El propósito de este proyecto se centra en sistematizar el proceso de transferencia del Modelo de Municipio por la Salud y Municipio Productivo de Cuba y de otros enfoques para el abordaje de la SAN probados por el INCAP, a través de acompañamiento continuado a municipios de tres países de Centroamérica: Honduras, El Salvador y Guatemala (un municipio por país) y a un municipio de Cuba, documentando cada paso dado durante el proceso, a modo de contar al final con una Guía Metodológica para el desarrollo de proyectos de SAN en el ámbito municipal.

Este proyecto trazó un grupo de actividades a desarrollar en los países dirigidas a formular un proyecto sobre SAN utilizando una Guía Metodológica. Del 16 al 23 de septiembre se llevó a cabo en Pinar del Río, Cuba, en la sede del Consejo Científico Veterinario el Taller de Capacitación sobre el Marco Conceptual, Metodológico y Operacional del Modelo Cubano "Municipios Saludables – Municipios Productivos" y de la Iniciativa Centroamericana de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Procedentes de El Salvador, Guatemala, Honduras y Cuba, participaron 19 cursistas de diferentes sectores y disciplinas así como del gobierno (Alcaldes, Salud, Veterinaria, Ambiente, Agricultura) lo que le dio el carácter multidisciplinario e intersectorial al mismo y permitió formular planes de acciones concretos por países y con un enfoque integral en la solución de la Inseguridad Alimentaria.

Acuerdos del Taller

1. Comenzar el programa de asesoramiento con la visita de técnicos de Pinar del Río a los diferentes países (Honduras, Guatemala y El Salvador) en la cuarta semana del mes de Noviembre.
2. Los países participantes (ELS, HON, GUA y CUB) remitirán al INCAP los planes de acción confeccionados a partir de la metodología aprendida.
3. Ejecutar la reunión multipaís para evaluar el desarrollo de los procesos participativos de apreciación rápida en función de la SAN en los países involucrados en el presente proyecto en el mes de Febrero 2003. El INCAP organizará el evento. La composición de las diferentes delegaciones, si el financiamiento lo permitiera, debe incluir los tres niveles (Nacional, Municipal y Comunidad) y la Representación OPS / OMS.
4. La relatoría e informe referido a las visitas para el asesoramiento técnico de Cuba a los países participantes (ELS, HON y GUA) en el proyecto serán elaborados por cada país con la orientación y el apoyo de los coordinadores de la Cooperación Técnica del INCAP de ELS, HON y GUA y remitidos al INCAP sede, quien tendrá a su cargo la consolidación de la información.
5. Con la información suministrada periódicamente por los cuatro países (ELS, GUA, HON y CUB) sobre la implementación, monitoreo y evaluación del proyecto, INCAP sede elaborará el informe final que permitirá disponer de una metodología ajustable al resto de las naciones del área.
6. Dar seguimiento al desarrollo del presente proyecto a través de reuniones periódicas por la posibilidad de la cercanía entre los países de Centroamérica (Honduras, El Salvador y Guatemala)

Recomendaciones del Taller

1. OPS/ INCAP valoraron las capacidades y potencialidades de los países para enfrentar la SAN y hacer realidad el panamericanismo en esta área.
2. Los participantes recomiendan la conveniencia que los Directores Nacionales vinculados a la SAN de Salud, Agricultura, Educación y Medio Ambiente participen en Pinar del Río en un minitaller sobre esta temática, lo cual contribuirá a un mejor abordaje de este problema de salud en los diferentes países.

VISITAS Y ASESORIAS

PARTICIPANTE	EVENTO	FECHA
Daniel López Acuña Edmundo Granda Goerge Alleyne Juan A. Casas Mirta Roses	I Convención Internacional “Salud Pública 2002 ante los retos del siglo XXI por una salud pública de avanzada”	2 – 4 mayo 2002
Alberto Infante Juan A. Casas Alberto Villa Angela Franco Antonio Mena Delia Gómez Fabio Sampaio Juan C. Llodras Oswaldo Ruiz Raúl Mejías Soledad Pérez Thomas Marthaler Trevor Milner Walter Kuenzel	III Congreso Nacional de la Sociedad Cubana de Salud Pública Simposium Fluoruración de la Sal	2 – 4 mayo 2002 2 – 4 mayo 2002
Daniel López Acuña Francisca Infante Josefa Hippolito	Taller Internacional de Salud Escolar	2 – 4 mayo 2002

Oscar Suriel Paola Morello y 3 expertos Ivan Estribi Jorge Jenkis Paulo Teixeira Paulo C. Pinto y 14 expertos	V Reunión Red Interamericana de Centros de Salud en la Vivienda y IV Simposio Técnico.	2 – 4 mayo 2002
Hernán Delgado Soledad Pérez Wilma Freire Sylvia Robles Branka Legetic Celsa Sampson y 14 expertos	Simposium Taller Carencias de Micronutrientes: reto para el Siglo XXI.	2 – 4 mayo 2002
José I. Alfaro Gerardo Merino José A. Gómez Appaix Oliver	II Comité de Gerencia del Programa Carmen OPS/OMS	2 – 4 mayo 2002
Daniel Tarantola Julie Milstien Nora Dellepiane Octavio Oliva Trevol Milner 18 expertos	V Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología Taller sobre Salud y Calidad de Vida. Asesoría en curso sobre sistema SCAN Asesoría sobre evaluación económica de proyectos de investigación en epidemiología. Visita sobre vacunas.	2 – 4 mayo 2002 22 – 24 mayo 2002 22 – 26 mayo 2002 28 mayo – 6 junio 2002 4 junio 2002
Carolina Bascones César Hermida Eduardo A. Espinoza Gloria Pinzón Jesús Lozano Juan José Sánchez Luis Calegari Rosalba Medina Sueli Rosina Tonial Hermito López Coel José Luis di Fabio María de A. Cortes Marilyn Rice	Asesoría sobre fortificación de la sal cubana. VIII Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud y III Congreso Conferencia Internacional de Medicina Familiar en Centro América y Caribe: Lecciones Siglo XX y Desafíos Siglo XXI. Taller Movilización de Recursos del Proyecto Regional UDUAL.	12 – 16 junio 2002 17 – 22 junio 2002 18 y 19 junio 2002
Enriqueta Rodríguez José M. Parisi Rosalba Alzate Una delegación de 7 residentes Serge Xueref Liliana Hidalgo Jodi Thessenvitz Natalia Gutiérrez Renato Gusmao Rodolfo Rodríguez y 39 expertos	Visita sobre vacuna Pentalina	10 – 14 julio 2002
Jorge Arias Luis C. Rangel	Taller Evaluación Labor Participativa en Proyectos de Desarrollo Local. Curso Buenas Prácticas de Manufactura	27 jul. – 6 agosto 2002 12 – 17 agosto 2002
	Visita Residentes Salud Internacional	25 – 29 agosto 2002
	Hematología Adiestramiento OMIS-AMPES TCC Canadá-Cuba Promoción de Salud	3 – 7 septiembre 2002 7 – 10 septiembre 2002 9 – 14 septiembre 2002
	Reunión Regional de Tuberculosis	11 – 13 septiembre 2002
	Asesoría Laboratorio Asesoría sobre sistema de información en saneamiento ambiental.	29 sept. – 5 oct. 2002 30 sept. – 4 oct. 2002

Luiz Cobo Mónica Padilla Paulo Seixas Pedro Brito Pura Guzmán Sebastián Tobar Vícto H. Rojas Violeta Barreto y 33 profesores y expertos en el tema.	Seminario Regional Construyendo Capacidad Institucional para el Desarrollo de Políticas de RRHH y Reunión Regional de Consulta.	7 – 11 octubre 2002
Carsten Peleiderer David Mull Jose Luis di Fabio Morag Fergusón Nora Dellepiane Maijuelena Von Hertze Alberto Pellegrini Eduardo Suárez Esteban de Freitas Fereidoon Mahboudi Madiha Mohamed Omar Rebeca de los Ríos Mauricio Landaverde	Visita seguimiento Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología	7 – 12 octubre 2002
Cecilia Méndez María A. Elías Francisca Infante Marc Mannes Matilde Magdaleno Tomas Silver	Visita proyectos sobre Reproducción Humana y Aborto. CITESA	9 – 16 octubre 2002 16 – 18 octubre 2002
	Asesoría elaboración informe de la investigación sobre eficacia de la vacuna IPV	21 – 25 octubre 2002
	Visita TCC Cuba-Salvador sobre Investigaciones en Servicios de Salud	21 oct. – 10 nov. 2002
	Congreso Salud del Adolescente y Visita Proyecto Horquita.	30 oct. – 1 nov. 2002

RESEÑAS

CONFIEREN AL PROFESOR JORDAN DISTINCION DE HEROE DE LA SALUD PUBLICA DE LAS AMERICAS



Uno de los grandes maestros de la pediatría cubana, el profesor José R. Jordán Rodríguez, fue seleccionado como Héroe de la Salud Pública de las Américas, un alto honor conferido por la Organización Panamericana de la Salud en el año del Centenario de su fundación.

El doctor George A.O. Alleyne director general de la OPS, informó al científico cubano, en carta a la que tuvo acceso Granma, que, “usted forma parte de un grupo selecto de hombres y mujeres dotados de visión, determinación, conocimientos y dedicación, a quienes conside-

ramos héroes por haber participado destacadamente en el pasado siglo de la salud pública internacional”.

La OPS extendió similar reconocimiento a once personalidades distinguidas de las Américas.

El profesor Jordán, con su proverbial modestia, dijo que históricamente, durante más de medio siglo, había trabajado en beneficio de la salud de los niños, sin pensar por ello en recompensa alguna.

“Pienso que lo fundamental es la obra de la Revolución en más de 40 años, que ha hecho realidad una atención médica sin discriminaciones y al alcance de todos, con el privilegio especial que se brinda a las madres y niños”.

Y precisó: Quizás el premio mayor que podría recibir un pediatra cubano que ha dedicado su vida a la

docencia, la asistencia y la investigación, es poder ver como nuestro país, asediado por un bloqueo de más de cuatro décadas, alcance una tasa de mortalidad infantil de 6,2 por mil nacidos vivos.

Graduado como médico en 1944, el profesor Jordán, con sus 80 vitales años, es Presidente del Consejo Nacional de Sociedades de la Salud y Miembro de la Comisión Nacional de Ética Médica. Ha sido integrante del Panel de Expertos en Prevención de

Accidentes de la OMS y la Asociación Internacional de Pediatría.

Fue también Consultor en Crecimiento y Desarrollo de la OPS, en Washington y miembro del Comité II/5 de la International Union of Nutritional Sciences, de Estados Unidos.

En su fructífero magisterio ha sido invitado a dictar conferencias en 34 países y 72 ciudades de América, Europa, Asia y África.

VIII SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: "LECCIONES DEL SIGLO XX; DESAFIOS DEL SIGLO XXI" Y LA "I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR"

 En el Palacio de las Convenciones de la Ciudad de La Habana, Cuba, del 17 al 21 de junio del año 2002, se realizó el VIII Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), con el auspicio del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Confederación Internacional de Medicina (CIMF), la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA) y el Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud, participando como Organismos invitados la Organización Mundial de Médicos Generales y Familia (WONCA), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y la Red de Instituciones Educativas orientadas a la comunidad.

De esta manera se ha dado seguimiento a los siete seminarios anteriores, los de 1986, 1988, 1991, 1993, 1995, 1997 y 1999, haciendo un balance de las experiencias aprendidas en el siglo XX y los nuevos retos para el siglo XXI, profundizándose en el conocimiento y el intercambio sobre la salud mundial y en las Américas, la Salud de la Mujer y de la Infancia, la Salud y el Médico de la Familia y la Medicina Familiar.

Las actividades del Seminario comenzaron con tres meses de antelación, con la realización de 22 Talleres Pre-Seminarios a lo largo y ancho del país, en los que participaron 2 905 Médicos y Enfermeras de Familia, profesores y gestores de salud, y que promovió un rico intercambio científico, expresado en 1 156 intervenciones dirigidas al perfeccionamiento del Programa de Medicina Familiar.

Otro hecho novedoso de este VIII Seminario fue la realización de una modalidad virtual en el que fueron presentados 180 trabajos que abarcaron 16 temáticas,

además de 11 Conferencias Magistrales por prestigiosas personalidades científicas de diferentes especialidades, con enfoques hacia la Atención Primaria, y 8 Simposios, que promovieron 2 386 visitas al Sitio WEB de INFOMED, especialmente habilitado al efecto. Los temas más tratados fueron las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades transmisibles y la salud materno infantil. Por su parte, los temas menos tratados fueron la calidad y gestión en la APS, el ingreso en el Hogar y las urgencias en la APS.

En el evento, las actividades fueron organizadas en 16 Conferencias Centrales, 7 Paneles, 4 Talleres y 256 Posters, con la participación de 550 delegados cubanos y 234 de otros 23 países de los cuatro continentes, entre ellos Ministros y Vice-Ministros de Salud de la Región e importantes delegaciones de los Ministerios de Salud, Institutos de Seguridad Social Universidades, Sociedades Científicas y Organizaciones No Gubernamentales.

En el marco del Seminario se retomó el contenido y la significación de la **I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar**, celebrada en Sevilla, España, del 14 al 17 de mayo de este propio año, y la Declaración emitida en la que los participantes se pronunciaron por una rectoría pública bien desarrollada de los Sistemas de Salud, la garantía de aseguramiento de la salud a todos los ciudadanos, asegurando una atención longitudinal, integral, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes, haciendo descansar el primer nivel de atención a cargo de Equipos de Atención Primaria multidisciplinarios, en los que los Médicos de Familia aumenten su poder resolutivo, organicen el trabajo en equipo ubicando a la persona en el centro de la atención.

Una cuestión de gran importancia en las exposiciones y debates del VIII Seminario ha sido, el destacar la relevancia de que la OPS/OMS haya retomado la estrategia de Atención Primaria y convocado a países y organizaciones a impulsarla junto con la Medicina Familiar. En alusión a la Declaración de Sevilla, formulada en la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, la cual, entre los aspectos más importantes, destaca el reconocimiento expreso de la salud como una responsabilidad pública, del estado y un derecho de las personas, cuestión ya alcanzada por Cuba; pero aun lejana para muchos de los países de nuestra América. Otro de los aspectos importantes que aparece expresamente en la Declaración de Sevilla es el tema de la formación de recursos humanos a nivel de pre y post grado. Al respecto, en el debate en el plenario, el

Dr. Patricio Yépez Miño Representante de la OPS/OMS en Cuba, hizo mención a la iniciativa que impulsa la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), con el auspicio de la OPS/OMS, IESALC/UNESCO, las Asociaciones Latinoamericanas de Educación en Salud Pública (ALAESP) y Medicina Social (ALAMES), y la activa participación de Cuba a través del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, la Escuela Nacional de Salud Pública, la Universidad de La Habana y la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, expresada en el Proyecto Magisterio para formación de formadores de las áreas de salud, el cual se ofreció como un aporte fundamental para impulsar la iniciativa iberoamericana de Medicina Familiar y Atención Primaria, propuesta acogida favorablemente por todas las partes involucradas.

EL PROYECTO MAGISTERIO "FORMACION DE FORMADORES"

En noviembre de año 1999, El Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Unión de Universidades de América Latina, con el auspicio de la OPS/OMS convocaron al Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Retos y Desafíos para el Siglo XXI, el mismo que se realizó en la Habana del 16 al 19 de Noviembre del 2000.

Los debates, sus conclusiones y recomendaciones dieron lugar a la formulación de un Plan Estratégico Decenal sustentado en tres ejes fundamentales: investigación y producción de conocimientos; desarrollo de los recursos humanos; y, el compromiso social de la Universidad.

Tomando en cuenta que el primer eje estaba en desarrollo a través de la RED PUISAL (Programa Universitario de Investigación de Salud de la UDUAL.) y que el tercero debía responder a la situación particular de cada país e institución universitaria, se decidió trabajar sobre el eje de los recursos humanos y dentro de éste un elemento sustantivo que había sido planteado en forma reiterada por diferentes foros universitarios y en particular señalado por el Encuentro de Noviembre del 2000, nos referimos a la FORMACION INTEGRAL DE DOCENTES UNIVERSITARIOS.

La propuesta del proyecto sobre el tema señalado fue presentado en Febrero del 2002 a un grupo de trabajo integrado por los directivos de la Unión de Universidades de América Latina y sus Asociaciones (ALADEFE, ALAFENI, OFEDO y PUISAL), la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP), el Instituto Internacional de Educación Superior de la UNESCO (IESALC/UNESCO), la OPS/OMS representada por la Coordinación del Programa de Recursos Humanos y la Representación en La Habana, y por Cuba el Instituto Superior de Ciencias Médicas, la Escuela Nacional de Salud Pública y la Universidad de la Habana, el proyecto en mención fue revisado y aprobado por los participantes, dejando una serie de recomendaciones para el desarrolló del mismo.

En la reunión de Febrero 2002 y en base a la organización geográfica de la UDUAL, se aprobó la creación de coordinaciones y sedes



subregionales para el desarrollo del proyecto en la siguiente forma:

Centroamérica	Universidad Nacional de El Salvador
Area Andina	Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina (AFEME)
Cono Sur	Universidad de la República, Montevideo
México y Caribe	por definir sede
Brasil	por definir sede

El Proyecto Regional está vinculado a la Coordinación Académica de la UDUAL, tiene una coordinación regional a cargo del Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas con la participación de las diferentes organizaciones e instituciones que hacen parte de esta iniciativa.

Para el mes de junio del año en curso se convocó a una reunión de las Coordinaciones Subregionales con la participación de la Secretaria General de UDUAL, la OPS/OMS, el Instituto de Salud Carlos III de España y las instituciones nacionales antes señaladas. En esta oportunidad se aprobó la identificación del proyecto con la denominación de MAGISTERIO, así como las versiones ajustadas del Proyecto Regional y los subproyectos referidos a:

- RED ANDES: Red de alianza interuniversitaria para América Latina
- OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS ACADEMICOS
- DIPLOMADO LATINOAMERICANO: formación integral básica

En esta reunión de junio se suscribió una alianza estratégica entre las coordinaciones subregionales con la finalidad de poner en marcha el Magisterio, el cual tiene una proyección para 10 años con la participación de las 158 Universidades afiliadas a UDUAL y que estratégicamente iniciará un proceso gradual de desarrollo a través de proyectos bienales que irán incorporando a las diferentes instituciones de educación superior de la América Latina.

La primera actividad académica del Magisterio es la realización del Diplomado de Educación Universitaria en Ciencias de la Salud en la Ciudad de La Habana, del 4 al 22 de Noviembre, en esta oportunidad se ha optado por una modalidad presencial con tres módulos correspondientes a cada uno de los ejes: Humanístico, Pedagógico y Científico Técnico, estando establecido para el futuro combinar con modalidad a distancia y sustentarse sobre plataformas de las nuevas tecnologías de información y comunicación ya disponibles.

I CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR

Sevilla, España, 14 al 17 de Mayo del 2002

"Comprometidos con la salud de la salud de la población"

Declaración de Sevilla

Durante los últimos años se ha ido imponiendo como un sentimiento unánime la necesidad de centrar las organizaciones sanitarias en el ciudadano/a; es decir, identificar la manera en que los sistemas de salud de los países pueden responder mejor a las necesidades y demandas de los individuos, sus familias y las comunidades.

Los actuales sistemas de salud precisan reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social en salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos/as. En esta estrategia es esencial el papel del Médico de Familia en el primer nivel de atención que aporta elementos fundamentales: la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación

asistencial y la función de puerta de entrada al sistema y guía del usuario en el Sistema de Salud.

En esta línea, se han elaborado dos documentos previos «Hacer que la practica médica y la educación médica, sean mas adecuados a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia» (OMS/WONCA/Ontario, 1994) y «La Medicina Familiar en la reforma de los Servicios de Salud» (CIMF/OPS/WONCA, Buenos Aires, 1996). Ambos tuvieron como denominador común la elaboración de recomendaciones generales sobre el desarrollo de programas de formación en Medicina Familiar y su incorporación a los Sistemas de Salud.

Pese a las mejoras en el nivel de salud de la población, persisten todavía en Iberoamérica importantes

desigualdades sanitarias y sociales, inaceptables niveles de pobreza y carencias de servicios básicos de salud. Esta situación, unida a cambios sociales, demográficos y epidemiológicos siguen obligando a mantener como orientaciones prioritarias para nuestros Sistemas de Salud:

- La contribución para mejorar la cohesión social y la disminución de las diferencias sociales.
- La necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud.
- La atención prioritaria a los retos epidemiológicos y a las necesidades emergentes de atención a la salud.
- La desaparición de discriminaciones por razón de género, edad, etnia o condición socioeconómica.
- La participación social efectiva y el creciente control ciudadano de las acciones sectoriales.
- La reorientación de los servicios con criterios de promoción de la salud.
- El propósito de que la Atención Primaria de Salud sea el referente central de la reorganización del Sistema.
- El desarrollo de sistemas de financiación y aseguramiento sostenibles, solidarios y suficientes.

Las recomendaciones de esta I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar parten de las aportaciones realizadas por distintos profesionales e instituciones pertenecientes a la comunidad de países iberoamericanos, en una reunión celebrada durante los días 14 al 17 de mayo de 2002 y auspiciada por la Confederación Iberoamérica de Medicina Familiar (CIMF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Estas recomendaciones se resumen en los cuatro apartados siguientes:

A) LOS SISTEMAS DE SALUD Y LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS CIUDADANOS

1. Los Sistemas de Salud deben contar con una rectoría pública bien desarrollada, que evite la segmentación, la fragmentación y el predominio del pago directo por parte del ciudadano/a. Se deben garantizar las funciones esenciales de salud pública y promover la intersectorialidad de las actuaciones.
2. Los poderes públicos deben garantizar el aseguramiento en salud a todos los ciudadanos/as, definiendo un conjunto de prestaciones comunes, con criterios de equidad, eficiencia, dignidad y sostenibilidad, sin que la capacidad de pago sea

un factor restrictivo. Es esencial tener en cuenta las demandas de las ciudadanas/os y su participación en la definición de los objetivos y las políticas sanitarias, así como en el control de su aplicación. Muchos países deben esforzarse para facilitar la accesibilidad real de todos los ciudadanos/as al Sistema de Salud. Hasta llegar a un sistema sanitario integrado será preciso combinar distintas modalidades de intervención como extensión de la protección social en salud, dispositivos eficaces de extensión de las coberturas de los servicios, incremento en la capacidad resolutoria de las infraestructuras sanitarias existentes, financiamiento solidario, fondos unificados, etc..

3. El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano), integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes. El papel de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características. Así mismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar de forma coordinada. La Atención Hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.
4. El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria (EAP) multidisciplinares. Para ello es esencial que asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales.
5. Los/as médicos/as de familia, como integrantes activos de los EAP deben aumentar su poder resolutorio, organizar la atención por parte de otros especialistas y realizar consejo y tutela de los pacientes a lo largo de todo el sistema sanitario. Asimismo deben atender a las personas no solo en su dimensión individual, sino también en su contexto familiar y comunitario, siempre con una orientación biopsicosocial. Este enfoque trasciende el modelo biomédico, ubicando a la persona (y no solo a su problema de salud), en el centro de la atención.

B) LAS APORTACIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

6. Los escenarios que viven los sistemas de salud de la mayor parte de los países iberoamericanos obligan a la búsqueda de mejores instrumentos para mejorar la gestión, y alinear la asignación de recursos con los procesos de mejora continuó de la calidad de los servicios de salud aplicando los incentivos apropiados. Esta debe ser una tarea prioritaria de los Gobiernos y organizaciones de la salud de los países de la Región a la que el CIMF y la OPS / OMS pueden aportar su capacidad técnica y abogacía institucional.
7. Es necesario trabajar en modelos que se orienten a las particularidades de la atención primaria en donde el Médico de Familia, junto a los demás miembros del Equipo de Atención Primaria, es la puerta de entrada al sistema. Por ello se propone trabajar en una iniciativa regional para el fomento y desarrollo de un modelos innovadores de Atención Primaria con base poblacional claramente definida.
8. La certificación es un proceso voluntario cuyo objetivo es garantizar, a través del cumplimiento de estándares mínimos cognitivos y actitudinales, la calidad de los cuidados médicos para mejorar la salud de los ciudadanos. Será importante facilitar la implantación de procesos de certificación de médicos de familia alentando la creación de Consejos de Certificación Profesional.
9. La Medicina Basada en la Evidencia, la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económico financiera de las intervenciones constituyen una clara oportunidad de mejora de la calidad de los servicios con eficiencia y equidad. Es importante alentar el desarrollo de estas estrategias para la atención de los pacientes en la región creando y aprovechando iniciativas locales y regionales en conjunto con los Gobiernos, Universidades y organizaciones de servicios de salud de los países.
10. La medición de Calidad en Medicina Familiar necesita de indicadores que sean atribuibles al desempeño de los médicos de familia, sensibles al cambio, basados en información reproducible, precisos, que reflejen áreas clínicas importantes y diferentes dimensiones de cuidado. Estos indicadores deben reflejar tanto procesos de atención y resultados finales. Se propondrá la creación de un grupo de trabajo dedicado a encontrar indicadores de desempeño clínico y de los servicios de salud familiar que capturen apropiadamente las características de la práctica de la atención primaria.
11. Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la

atención primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencias e incumbencias específicas. El trabajo interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas de los equipos de Salud Familiar. Cualquier iniciativa de mejoramiento de la Calidad desde la perspectiva de la Medicina Familiar debe considerar la participación activa de todos los profesionales del equipo de Salud Familiar.

12. Es necesario buscar estrategias que permitan el intercambio oportuno y continuo del conocimiento, siendo una de ellas la conformación de una Red Regional de Calidad en Medicina Familiar. La colaboración entre CIMF y OPS I OMS resulta fundamental para este propósito. Resulta importante para ello la investigación y recopilación de información actualizada en temas de calidad, su sistematización y difusión en el ámbito iberoamericano, a fin de promover una cultura de mejoramiento de la calidad en el ámbito regional.

C) LA FORMACION DE PREGRADO Y LA MEDICINA FAMILIAR

13. Es necesario formular alianzas estratégicas para acelerar la incorporación de la Medicina de Familia y la Atención Primaria a las enseñanzas teóricas y prácticas de los curricular de pregrado en los países iberoamericanos.
14. Hay que movilizar voluntades y garantizar recursos, en cada país para la puesta en marcha de experiencias curriculares innovadoras en la enseñanza de la Medicina de Familia y la Atención Primaria en el pregrado con clara y temprana articulación con los servicios de salud.
15. La formación de profesores y líderes docentes en Medicina Familiar es esencial para avanzar en los objetivos propuestos. El establecimiento de programas de colaboración e intercambio internacionales en este campo es una estrategia primordial.
16. Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la Medicina de Familia y la Atención Primaria dentro de las estructuras académicas de Facultades y Escuelas de Medicina Iberoamericanas. En cada país se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de Medicina de Familia en el currículum de pregrado.
17. La constitución de una *Task Force Iberoamericana* para el desarrollo de la Medicina Familiar académica es un instrumento esencial para profundizar en los cambios de orientación, organización y contenidos de los currícula de las Facultades de Medicina.

18. Resulta importante que este grupo de trabajo asuma el encargo concreto y específico de operativizar las recomendaciones del documento elaborado en esta Cumbre, así como profundizar en el conocimiento y análisis evolutivo de la situación real de la Medicina Familiar en las Universidades Iberoamericanas.

D) LA FORMACIÓN DE POSTGRADO Y LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

19. El Médico de Familia es el profesional de la medicina más cualificado y eficiente para el desarrollo de la Atención Primaria. Por ello es necesario aumentar la cobertura de población atendida por Médicos de Familia y las nuevas residencias en Medicina Familiar.

20. Se deben establecer unos requisitos mínimos comunes para todos los programas de residencia en Medicina Familiar de Iberoamérica, que garanticen la calidad y puedan servir tanto para una futura acreditación internacional como para la certificación y recertificación de los médicos de familia. Estos requisitos deben incluir la duración y los contenidos de los programas, los procesos docentes y la formación de profesores.

21. Se debe plantear el establecimiento de programas de capacitación para médicos sin especialidad, que permitan el desarrollo de competencias en materia de Medicina de Familia. Estos programas también deben tener unos requisitos mínimos comunes, que aseguren su pertinencia y la eficacia final.

22. Es conveniente fomentar el intercambio entre los países sobre la formación en Medicina mediante la difusión de las experiencias y prácticas existentes.

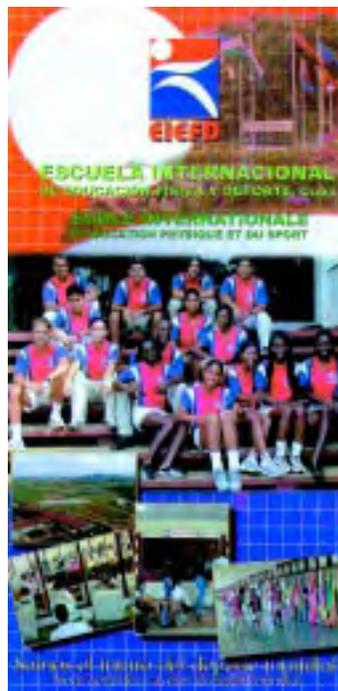
23. Es fundamental desarrollar programas de educación continua, que permitan a los Médicos de Familia mantener un alto poder resolutivo y adaptarse a las circunstancias cambiantes del medio. La educación a distancia con tutorías que aprovechen los avances telemáticos, debe ser fundamental para este propósito.

Resulta fundamental la conjunción de esfuerzos de la CIMF, la OPS I OMS, las autoridades sanitarias de los países iberoamericanos y de las instituciones académicas que se ocupan de la formación y educación continua de la Medicina de Familia a fin de desarrollar los compromisos que se plantean en la presente declaración de la 1 Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar.

ESCUELA INTERNACIONAL DE EDUCACION FISICA Y DEPORTE, CUBA

Esta joven universidad, que antes fuera un centro de estudios militares, se encuentra ubicada aproximadamente a unos 40 minutos de la capital cubana en el sudeste de la provincia La Habana. Sus inmuebles y terrenos ocupan una superficie de 30 hectáreas y cuenta con edificios socio administrativos, docentes, comedores, dormitorios, infraestructura de mantenimiento y servicios así como las instalaciones deportivas, entre otras.

Este proyecto es el resultado de las ideas expresadas por el Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba, Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, cuando dijo el 3 de septiembre de 1999: “estamos considerando seriamente la creación de una Facultad Latinoamericana y Caribeña de



Educación Física y Deporte para formar sus propios especialistas que impulsen esta sana y noble actividad en sus países de origen”. Sin embargo la Escuela va más allá y también acoge a jóvenes de Africa y Asia.

Cuba tiene la posibilidad de organizar y poner en funcionamiento esta universidad a partir de una experiencia de más de tres décadas en la formación de recursos humanos para atender el deporte, la educación física y la recreación, lo que se refleja tanto en los éxitos de nuestros atletas en la arena internacional como en el alcance de la incorporación popular a las actividades físico-recreativas, y también en la colaboración que en las diferentes esferas del deporte nuestro país desarrolla con numerosos países en todos los continentes.

Atendiendo a que este proyecto está dirigido a jóvenes de escasos ingresos económicos, la escuela ofrece toda una gama de servicios gratuitos entre los que se encuentran alojamiento en Residencia Estudiantil con todo el avituallamiento indispensable, alimentación, transporte escolar, servicios académicos incluido el material bibliográfico, uniforme escolar y deportivo, atención médica y estomatológica, tintorería y lavandería. Además mensualmente reciben un estipendio ascendente a 100 pesos cubanos.

También en la escuela los estudiantes pueden disponer de los servicios de cafetería las 24 horas, tienda, barbería, peluquería, telefonía nacional e internacional, correo, banco nacional e internacional, y casa de cambio.

Otra de las facilidades que se le brinda a los estudiantes es el funcionamiento durante las 24 horas de un circuito cerrado de televisión, con 3 canales, que responde a intereses tanto docentes como recreativos, al igual que el acceso al correo electrónico.

En el orden académico los estudios tienen 5 años de duración; los estudiantes se gradúan con el título de Licenciado en Ciencias de la Educación Física y Deporte. El Plan de estudios está compuesto por 13 disciplinas que agrupan asignaturas desde las Letras, Humanidades, Ciencias Básicas, hasta las del Ejercicio de la Profesión.

La culminación de los estudios es la defensa de una Tesis de Diploma. Una vez graduados los estudiantes podrán desempeñarse como:

- Profesores de Educación Física.
- Entrenadores deportivos.

Además a lo largo de los estudios habrán adquirido habilidades para trabajar en la rehabilitación física y la recreación física.

Las actividades extracurriculares también cumplen una importante función en este centro. En tal sentido la Dirección de Extensión Universitaria diseña y desa-

rolla un programa en el que a través de las actividades deportivo-recreativas y las culturales se fomenta y fortalece en cada uno de los estudiantes la formación humanista y la defensa de su identidad cultural.

La Dirección de Relaciones Internacionales no solo atiende los asuntos de carácter migratorio y de tramitación de viajes de los estudiantes, sino que también se encarga de establecer vínculos con las misiones diplomáticas pertenecientes a los países de los estudiantes matriculados en la escuela, así como con las instituciones en sus respectivos países, además de con sus padres y familiares, lo que contribuye a que conozcan mejor cómo se desarrollan estos jóvenes en nuestra institución.

Por otra parte esta dirección también trabaja en el establecimiento de relaciones con centros universitarios en otros países a fin de propiciar el adecuado intercambio académico y profesional a nivel internacional.

Cuando esta universidad concluya su remodelación y construcción de nuevas facilidades contará con una sólida infraestructura docente y deportiva consistente en aulas especializadas, laboratorios de computación y de idioma, laboratorios de ciencias aplicadas, así como múltiples instalaciones deportivas (verdaderas aulas para el desarrollo de habilidades) que incluyen piscina olímpica techada, pista sintética de atletismo, sala polivalente para juegos deportivos, sala para gimnasia artística, un excelente terreno de béisbol, además de otras salas para gimnasios, deportes de combate, etc.

La Escuela Internacional de Educación Física y Deporte acaba de iniciar su tercer curso académico, la matrícula de la institución se elevó a 1137 estudiantes de 69 países de Asia, Africa, América Latina y el Caribe y ha decidido inscribir su potencial dentro de la iniciativa Universidad por la Salud, aspecto que es valorado por la OPS/OMS por su significación y trascendencia.

COMUNICACIÓN SOCIAL Y SALUD AMBIENTAL

PERIODISTAS Y COMUNICADORES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE SE DIERON CITA EN ASUNCIÓN, PARAGUAY, EL PASADO MES DE MAYO PARA DISCUTIR Y EXPONER EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA COMUNIDAD AMBIENTAL.

Los asistentes emitieron un documento donde manifestaron su preocupación sobre la problemática

ambiental global para su presentación a los gobiernos en la Cumbre de Johannesburgo, a la vez que debatieron la posibilidad de iniciar un movimiento internacional con el objetivo de lograr que el Tribunal Penal Internacional cuente con una sala destinada al estudio de casos de destrucción ecológica, que involucre a transnacionales que causen daños a terceros países.

Un aspecto importante expuesto en la reunión fue la necesidad de establecer alianzas entre los comunicadores, que permitan tener un mayor acceso a información y la posibilidad de lograr una continuidad de encuentros entre los comunicadores.

Entre las ponencias de los expositores se abrió un debate con los participantes del seminario, donde abundaron las referencias a situaciones y ejemplos particulares de problemas que afectan a países de la Región.

El común denominador de los comentarios se centró en la debilidad de la estructura judicial y los efectos de la corrupción en la destrucción de recursos naturales. Ejemplos, como Perú, que no tienen fiscalía del

ambiente, y Argentina que dispone de leyes muy avanzadas en materia de protección ecológica, pero carece de mecanismos para implementar la legislación disponible.

Especial interés despertó entre los participantes, la experiencia cubana en la participación de una comunidad rural en la solución de los problemas ambientales a partir de un reporte televisivo y el cumplimiento de la legislación ambiental en el país. También se enfatizó en la importancia de este seminario en el espacio que por primera vez, los periodistas de América Latina y el Caribe, expresaron su visión y sus experiencias sobre los problemas ambientales de la región.

LANZAMIENTO DEL LIBRO

«LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS: NUEVOS CONCEPTOS, ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO Y BASES PARA LA ACCIÓN».

Como parte de las actividades por la celebración del centenario de la OPS en Cuba, el 15 de octubre se realizó el lanzamiento del libro «**La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción**». El lanzamiento tuvo lugar en la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) en La Habana.

Participaron en dicha actividad autoridades nacionales de salud y otras personalidades que se encontraban en Cuba con motivo del recién concluido Seminario Internacional de Políticas de Recursos Humanos, celebrado en Varadero.

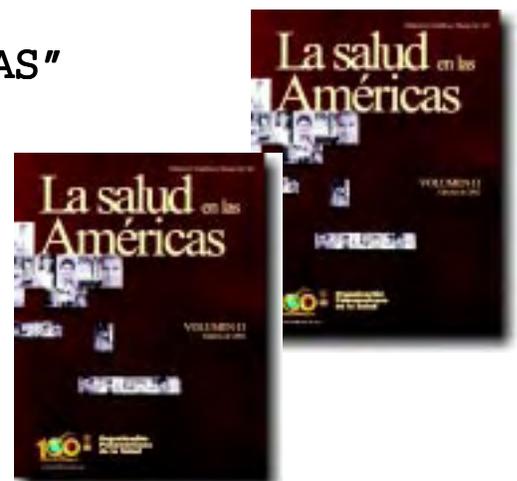
Se encontraban también presentes los participantes en el curso internacional de perspectivas para el desarrollo de los recursos humanos, entre ellos, rectores y decanos de las universidades médicas cubanas.

El Dr. Patricio Yépez Miño, Representante de la OPS/OMS en Cuba tuvo a su cargo las palabras de apertura de la actividad, mas adelante, el profesor Radamés Borroto, Director de la ENSAP, hizo la presentación del libro destacando las 11 funciones esenciales de la salud pública, los principales aspectos relacionados del contenido de la publicación y lo provechosa que resultará en manos de los salubristas para mejorar la práctica de la salud pública en las Américas.

LANZAMIENTO "LA SALUD EN LAS AMERICAS"

24 DE OCTUBRE

La edición centenaria, especial de **La salud en las Américas**, una obligada fuente de información para conocer la situación sanitaria en la región, fue presentada ayer en el teatro de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), con la presencia del doctor Patricio Yépez, director de la OMS/OPS en nuestro país. Publicada en dos volúmenes que sobrepasan las mil páginas, esta obra se convierte en una herramienta práctica para una amplia gama de profesionales y estudiantes, trabajadores de la salud en general, funcionarios gubernamentales y periodistas.



El profesor Francisco Rojas Ochoa, miembro de la Academia de Ciencias de Cuba y Profesor Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas, dijo en la presentación que en el libro se analiza la situación de salud y sus tendencias en la región de las Américas.

Esta edición, precisó, constituye una evaluación detallada e integral desde la perspectiva de la salud pública, del estado de salud de la región y sus factores determinantes.

Se constata en la obra que sigue persistiendo la diferencia de salud entre ricos y pobres, así como entre las sociedades más o menos equitativas en cuanto a la distribución de sus ingresos.

La publicación de la OPS sugiere, sin dejar lugar a duda, que las mejoras en los niveles de salud y en los niveles promedio de ingreso que no se acompañen de mejoras en su distribución no son suficientes para transitar en la dirección de un desarrollo sostenible.

La OPS, que funciona como la Oficina Regional para las Américas desde la OMS, fue establecida oficialmente desde 1902.

LIBRO "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"

PROLOGO

La Representación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud ha tenido el privilegio de cooperar con el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" para la producción y difusión del Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas, el cual constituye un significativo aporte de su colectivo científico al Sistema Nacional de Salud de Cuba.

Es necesario destacar que este manual con su amplia gama de temas y capítulos constituye una invaluable obra para el diagnóstico y tratamiento de las más frecuentes afecciones clínicas, avaladas por los conocimientos y las experiencias de diferentes especialistas, que en el transcurso de los años han dado realce al trabajo sostenido y solidario de este hospital insignia de Cuba.

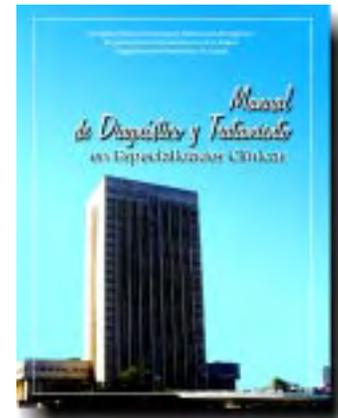
El trabajo científico motivo de esta obra será de trascendencia y valiosa consulta en todo el Sistema de Salud, desde el Programa del Médico de Familia, los Policlínicos, los Hospitales Provinciales y Nacionales, así como en el proceso de enseñanza del personal médico; y a no dudarlo, estimulará la investigación sobre la gran variedad de problemas vinculados al proceso salud-enfermedad en su dimensión clínica.

El disponer de una obra guía y de consulta refleja la dedicación y el esfuerzo desarrollado por el colectivo de especialistas, que están proyectando su valiosa experiencia y conocimientos a otros espacios institucionales del Sistema de Salud y, en especial, a las generaciones actuales y futuras de profesionales y técnicos que tienen la noble misión de cuidar la salud de la población cubana.

Asimismo queremos destacar que si bien este aporte tiene una dimensión nacional, las expresiones de solidaridad de Cuba por intermedio del Programa Integral de Salud (PIS) hará que esta valiosa obra trascienda las fronteras y se multiplique su contribución en los integrantes de las brigadas médicas y en el personal médico de los países que laboran en unión con las internacionalistas del PIS.

Por otra parte, esta obra se inscribe en el contexto de la integración docencia-asistencia-investigación, y el colectivo de autores muestra cómo en una institución de salud de alta complejidad se puede contribuir y aportar al desarrollo del Sistema de Salud, en los aspectos de la recuperación y rehabilitación de la salud de la población.

En el año 2002 la Organización Panamericana de la Salud cumple 100 años de creada y dentro de la conmemoración del Centenario hemos querido hacer un merecido homenaje al Hospital "Hermanos Ameijeiras" en su vigésimo aniversario, motivo por el cual nos adherimos al reconocimiento por su trabajo y agradecemos la oportunidad que nos ha dado de compartir el esfuerzo colectivo de los destacados autores.



DR. PATRICIO YÉPEZ MIÑO
Representante Organización Panamericana de la Salud
/ Organización Mundial de la Salud en Cuba

CUBA GANA EL PREMIO STOCKHOLM CHALLENGE 2002



“Infomed - Red telemática de salud de Cuba” fue uno de los dos proyectos ganadores en el Premio Stockholm Challenge 2002 en la categoría “Salud”. El proyecto trata de resolver la limitación de recursos y de mejorar la salud de la comunidad utilizando las NTIC de manera costo-efectiva al crear una red nacional e internacional de información y conocimiento. La misma identifica y comparte soluciones médicas y sanitarias de bajo costo en un ambiente de colaboración para comunidades que practican la medicina y difunde dicho conocimiento a través del médico de la familia a las comunidades que éstos atienden. El premio Stockholm Challenge centra su atención en los efectos positivos de la sociedad de la información, tratando de crear un puente para lo que se conoce usualmente como la brecha digital. El jurado internacional compuesto por 28 miembros busca el uso adecuado de las tecnologías de la información y que este tenga realmente un impacto sobre la vida de las personas. El premio Stockholm Challenge es una iniciativa no lucrativa de la Ciudad de Estocolmo. Los proyectos que participan pueden ser del sector privado, público o académico.

EVENTOS

- Reunión sobre Políticas de Recursos Humanos. Sede: Varadero, 16 al 18 de octubre del 2002.
- Evento de Negociación sobre Ciencia y Tecnología para la Salud. Sede: La Habana, 16 al 18 de octubre del 2002.
- Lanzamiento de la Publicación Salud Pública en las Américas 15 de Octubre. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
- Lanzamiento de la publicación «La Salud en las Américas» 24 de octubre. Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana.
- I Congreso Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Sede: Palacio de Convenciones, 28 octubre al 1 de noviembre del 2002
- Diplomado en Educación Universitaria de Ciencias de la Salud
- XVI Congreso Latinoamericano de Microbiología (ALAM). VI Congreso Cubano de Microbiología y Parasitología. III Congreso
- Cubano de Medicina Tropical. Sede: Instituto de Medicina Tropical, 11 al 15 de noviembre del 2002.
- II Congreso de Medicina Veterinaria para casos de Desastres y la Protección del Medio Ambiente. Sede: Palacio de las Convenciones. 19 al 21 de Noviembre de 2002.
- 100 Aniversario de la OPS, 2 de diciembre del 2002. Cancelación del sello postal y exposición artística. Sede OPS/OMS, La Habana.
- Día de la Medicina Latinoamericana, La Habana, 3 de diciembre del 2002.
- Congreso Mundial de Sexología. Marzo 2003.
- Foro 2003. 2nd Forum on HIV/AIDS/STI of Latin America and Caribbean. Knowledge, Experience, Alliance: strategy for the Future. International Conference Center, April 7-12, 2003.
- Octavo Congreso de la Asociación Médico del Caribe. AMECA 2003. Sede: Hospital CIMEQ. Abril del 2003.

Taller Internacional “Proyectos de Desarrollo Municipal y su Impacto en los Sistemas Locales de Salud”