

El Programa Integral de Salud de Cuba. Un Modelo de Cooperación Sur- Sur

The Comprehensive Health Program of Cuba. A Model of South-South Cooperation

Dra. Yíliam Jiménez Expósito

Especialista de II Grado en Medicina Familiar. Graduada del programa de Líderes de Salud Internacional 2009.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar los resultados del Programa Integral de Salud (PIS) durante una década y describir las lecciones aprendidas en el desarrollo de la cooperación internacional en Salud. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, y analítico, se utilizaron variables asistenciales incluidas en modelos estadísticos del Ministerio de Salud de Cuba, se compararon indicadores de impacto técnico, se emplearon técnicas cualitativas y grupos nominales con participación de la comunidad de práctica. **Resultados:** Han laborado a través del PIS 19 818 colaboradores de la salud; el 78,9 % médicos, ubicados en 426 departamentos y 15 137 comunidades rurales de 43 países, se atendieron 61 469 188 habitantes, han abierto 50 hospitales y 661 nuevos servicios. En los países del programa se ha reducido la mortalidad materna e infantil, por atención de urgencia se ha salvado la vida a 2 115 589 personas. El aporte económico a partir de indicadores seleccionados es de 10 mil 595 millones 544 mil 904 USD, que representa un promedio anual de entre un 1,30 % y un 1,58 % del IND de Cuba. **Conclusiones:** El Programa Integral de Salud de Cuba ha alcanzado notable impacto social y económico en una década de desarrollo. Los resultados asistenciales, el aumento de cobertura y acceso a servicios de salud de calidad, unido a la formación de miles de médicos, permiten afirmar que el mismo ha contribuido a fortalecer la infraestructura de salud de los países beneficiados.

Palabras clave: Cooperación Internacional, Impacto social, ampliación de cobertura, acceso a servicios de salud, aporte económico, fortalecer capacidades.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of the Comprehensive Health Program (CHP) for a decade and describe the lessons learned in the development of international cooperation in health. **Methods:** Descriptive, transversal, retrospective, and analytical study. Assistance variables were used in statistical models including the Ministry of Health of Cuba, comparing technical impact indicators. Qualitative and nominal groups with participation of the community of practice were used. **Results:** 19 818 health workers have served through the CHP, 78,9 % physicians, located in 426 departments, 15 137 rural communities in 43 countries. They have served 61,469,188 persons, 50 hospitals and 661 new services have opened. In countries implementing the program, maternal and infant mortality has reduced; the emergency care has saved 2,115,589 lives. The economical contribution from selected indicators is 10 thousand 595 millions 544 thousand 904 USD, representing an annual average between 1,30 % and 1,58 % of Cuba IND. **Conclusions:** The Cuban Comprehensive Health Program has achieved remarkable social and economic impact on a decade of development. Medical outcomes, increased coverage and access to quality health services, together with training thousands of doctors, support the conclusion that it has contributed to strengthening the health infrastructure of recipient countries.

Keywords: International Cooperation, social impact, expand coverage, access to health services, economic support, build capacity.

INTRODUCCIÓN

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹ en 1948, se proclamó el derecho a la igualdad y acceso a todos los servicios, incluidos los de salud de las personas, sin distinción de ninguna índole: económica, social, jurídica, racial o política.

Sin embargo, al iniciar la primera década del siglo xxi, la realidad es bien distinta, se ha intensificado el proceso de globalización y por consiguiente de sus secuelas, siendo el aumento de la pobreza uno de los más graves resultados de las políticas económicas neoliberales, que profundiza los problemas sociales y constituye la mayor fuente de inequidad.

En 1959, el gobierno revolucionario cubano emprendió grandes esfuerzos en pos del desarrollo integral del país. La estrategia seguida para alcanzar ese propósito se enfrentó con los obstáculos que suponían la estructura económica y social propia de un país subdesarrollado y la crudeza del bloqueo económico de los Estados Unidos

durante los años de Revolución. Sin embargo, si se revisan las tendencias del desarrollo humano y social y los rasgos fundamentales de sus políticas, se ponen de manifiesto los logros alcanzados en el sector salud, superiores a los esperados de acuerdo con los niveles del crecimiento económico.²

La salud en Cuba ha sido reconocida como un derecho humano y una responsabilidad del Estado, quien financia todos los servicios de salud con el presupuesto nacional. Este sistema se basa en los logros de la ciencia y la técnica, profesa una filosofía humanista, con orientación a la prevención y promoción de la salud, e implica una amplia participación social y el respaldo de la voluntad política sostenida a lo largo de más de 40 años.³

En la década del 90, tanto la crisis económica que sobrevino con la desaparición del campo socialista como el recrudecimiento del bloqueo, tuvieron un impacto negativo sobre los programas sociales básicos de la Revolución. Según cálculos muy conservadores el daño directo a Cuba como resultado del bloqueo, hasta diciembre del 2008, supera los 96 mil millones de dólares, cifra que ascendería a 236 mil 221 millones de dólares, si el cálculo fuera realizado a los precios actuales del dólar norteamericano. No es difícil imaginar el progreso que Cuba habría alcanzado y del cual se le ha privado si durante estos 50 años no hubiese estado sometida a esta brutal guerra económica. A pesar de las dificultades, se han logrado mantener los servicios a la población y los indicadores de salud, así como la educación del pueblo.

Los programas de la Biotecnología han tenido un auge tal, que las patentes de los productos cubanos son reclamadas, incluso, por científicos norteamericanos, como son los medicamentos contra el cáncer, la producción de vacunas como la del meningococo tipo B o el desarrollo de anticuerpos monoclonales entre otros. Cuba ha sido capaz no sólo de salir adelante, sino también de hacer realidad los acuerdos internacionales de ayuda a los países más necesitados.

En tal sentido y a pesar de ser un pequeño país bloqueado y asediado económica y políticamente por la potencia más poderosa del mundo, ha cumplido desde 1983 con el compromiso de Alma Ata en lo nacional, al garantizar accesibilidad y cobertura universal a todos sus ciudadanos y en lo internacional, a través de sus programas de colaboración en salud, expresados en el pensamiento internacionalista y solidario del Líder de la Revolución Cubana compañero Fidel Castro, cuando en los primeros años de la Revolución, en 1962 dijo:

"No sólo eso, sino que aún podemos hacer algo- aunque tenga sobre todo carácter simbólico más que otra cosa- para ayudar a otros países...por ejemplo tenemos el caso de Argelia... y...conversando hoy con los estudiantes de medicina, les planteábamos que hacen falta 50 médicos voluntarios. Y estamos seguros de que esos voluntarios no faltarán...Hoy podemos mandar 50; dentro de 8 ó 10 años no se sabe cuántos, y a nuestros pueblos hermanos podremos darles ayuda" ...⁴

La primera ayuda médica cubana se remonta a la década de los sesenta, cuando se envió a Chile, en 1960, una brigada para atender a los damnificados de un terremoto que afectó a ese país, y en 1963 partió otro equipo para prestar servicios a la población en Argelia, con lo cual se iniciaba la tradición nacional de ayudar a los damnificados por desastres naturales y a los países más necesitados.

Desde entonces Cuba ha concebido la colaboración internacional de una manera especial sustentada en los principios de la Salud Pública cubana, que se basa en la unión de la asistencia, la docencia y la investigación, la gratuidad de los servicios, el acceso universal y el internacionalismo proletario. Esto se logra con una estrategia de descentralización y desconcentración de la actividad sanitaria de forma armónica y proporcional.

La concepción de la cooperación internacional impulsada por el gobierno cubano también ha tenido en cuenta las estrategias diseñadas por la OMS y OPS para esta actividad, dirigidas en lo fundamental a fortalecer capacidades en los países beneficiados del programa y atender las prioridades identificadas por los mismos. Hasta el año 2008, Cuba había prestado colaboración médica en 107 países con un total de 134 730 trabajadores de la salud.

El Programa Integral de Salud de Cuba iniciado en 1998, como consecuencia del daño causado por los Huracanes George y Mitch a Centroamérica, da continuidad al principio de la solidaridad internacional, pilar fundamental de la política exterior de la Revolución Cubana y constituye un modelo *perfectible* de lo que puede ser la cooperación internacional, especialmente la cooperación Sur-Sur, si existe conciencia y voluntad política de cambio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal retrospectiva, sobre las lecciones aprendidas por Cuba en el desarrollo de la cooperación internacional en salud a través del Programa Integral desde 1998 a agosto de 2009.

Para dar salida a los objetivos específicos se utilizaron las variables asistenciales incluidas en los modelos estadísticos de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud de Cuba, establecido para el monitoreo mensual e histórico de la labor que realizan los profesionales y técnicos de la salud cubanos en cada uno de los países donde se coopera. Para el objetivo específico No. 1 se consideraron las siguientes variables:

Casos vistos: Todos los pacientes que asisten a las consultas médicas y aquellos que son atendidos por nuestros profesionales en sus propias casas (terreno).

Partos: Todos los partos eutócicos o distócicos realizados por nuestros profesionales de la salud intra o extra hospitalarios.

Intervenciones quirúrgicas: Todas las intervenciones donde el cirujano principal es un profesional cubano, ya sean cirugías menores o mayores.

Cirugía menor: proceder quirúrgico que no necesita anestesia general.

Cirugía mayor: proceder quirúrgico que necesita anestesia general.

Exámenes de medios diagnósticos: Cantidad de exámenes realizados por nuestros profesionales en imagenología, laboratorio clínico y anatomía patológica.

Procederes de enfermería: Cantidad de vacunas, inyecciones y curaciones realizadas por el personal cubano de enfermería.

Vidas Salvadas: Pacientes que hubiesen fallecido, de no haber recibido atención médica de urgencia por personal médico cubano. Para clasificar este indicador se analiza cada caso por una comisión creada a los efectos en cada uno de los países.

Apertura de nuevos servicios: Aquellos servicios cuya apertura depende de la presencia de un profesional cubano (hematología, cirugía pediátrica, neurología, neurocirugía, endocrinología, etc).

Indicadores de la lucha contra el VIH/SIDA: Acciones de promoción de salud realizados por nuestros profesionales y técnicos, con el objetivo de modificar modos y estilos de vida de la población enferma y en riesgo, tales como programas radiales, televisivos, y consultas a pacientes con VIH/SIDA.

Equipos reparados y/o recuperados: Cantidad de equipos médicos y no médicos reparados y/o recuperados por nuestros profesionales de electromedicina en cada uno de los países receptores de la ayuda.

Indicadores de evaluación:

Tasas de mortalidad Infantil y materna: se consideró la cantidad de fallecidos menores de un año y las muertes maternas que ocurrieron en la población atendida por nuestros cooperantes al cierre del año 2008 y se comparará con las tasas de los respectivos países publicados en Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del 2008.⁶

Para el objetivo específico No. 2, se decidió analizar los aportes económicos de acuerdo a la actividad asistencial y a la formación de recursos humanos en los países receptores de ayuda y en nuestro país a partir del surgimiento del PIS.

Para establecer los precios de las actividades asistenciales y de formación de recursos humanos se realizó un estudio del costo en diversos países, que fue analizado por un grupo nominal creado por los integrantes de la Comunidad de Práctica los que por consenso establecieron los precios que se relacionan en cada uno de los aportes.

Aportes económicos asistenciales:

Consultas médicas generales y al menor de un año: en esta variable no se incluyeron las consultas que realizan los médicos cubanos en los hogares de los pacientes, *de terrenos*, dado que es una actividad que se realiza fuera del horario laboral. Solo se analizaron las consultas en las instituciones de salud y para su resultado se multiplicó la cantidad de consultas realizadas por las brigadas médicas del PIS hasta agosto del 2009 por 25 USD orientado por la Comunidad de Práctica.

Partos Fisiológicos: se consideró la cantidad de partos fisiológicos realizados por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 250 USD.

Cesáreas: se consideró la cantidad de cesáreas realizadas por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 350 USD.

Cirugía mayor: se consideró la cantidad de cirugías mayores realizadas por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 1500 USD.

Cirugía menores: se consideró la cantidad de cirugías menores realizadas por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 600 USD.

Consultas estomatológicas: se consideró la cantidad de consultas estomatológicas realizadas por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 30 USD.

Equipos reparados: se consideró la cantidad de equipos reparados por las brigadas médicas desde 1998 hasta agosto 2009 y se multiplicó por 473 USD.

Formación de recursos humanos:

En el análisis de la información se incluyen comparaciones de indicadores de impacto técnico sobre la labor de las brigadas médicas cubanas, y se aplican técnicas cualitativas como la tormenta de ideas y los grupos nominales con la participación de la comunidad de práctica. Se analiza el costo de los estudios de medicina en varias partes del mundo y se promedian los mismos de acuerdo a los costos en Cuba de esa especialidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Programa Integral de Salud de Cuba (PIS) y su impacto social.

El Programa Integral de Salud (PIS) se inició en 1998, como respuesta a la solicitud de los presidentes centroamericanos de Honduras, Guatemala y Nicaragua, frente a la catástrofe natural y humana que significó el huracán Mitch y progresivamente se ha extendido satisfaciendo la demanda de sus servicios en 43 países: 5 de América Latina (Bolivia, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Perú); 7 del Caribe (Belice, Haití, Dominica, Guyana, Santa Lucia, San Vicente y Suriname); 23 de África, (Djubouti, Etiopia, Eritrea, Guinea Conakry, Guinea Ecuatorial, Lesotho, Namibia, Níger, Bostwana, Burquina Faso, Gambia, Malí, Burundi, Gabón, Ghana, Guinea Bissau, Rwanda, Sierra Leona, Swazilandia, Tanzania, Zimbabwe, República Árabe Saharaui Democrática y Congo Brazabilie), 7 de Asia y Oceanía (Timor Leste, Laos, Isla Salomón, Vanuatu, Tuvalu, Nauru y Kiribati) y Ucrania.

La concepción del programa es común con el movimiento del voluntariado mundial: ofrecer ayuda gratuita a los países más pobres, carácter voluntario de la prestación de servicios, personal con conocimientos necesarios para realizar la labor destinada, no remuneración financiera del trabajo, cumplimiento de las reglamentaciones establecidas respeto a las leyes y los códigos de moral del país donde prestan la ayuda, no involucrarse ni realizar ninguna labor de tipo religioso o partidista.

El PIS representa la consolidación de la actividad internacionalista en salud que le antecedió, teniendo como principios: el envío gratuito de colaboradores de alto nivel científico, especialmente médicos generales integrales por un período máximo de dos años, la formación de recursos humanos autóctonos, la prestación de servicios en zonas rurales donde su labor no interfiera con la de los galenos del país en cuestión y la atención a toda la población sin distinción de raza, credo o ideología, sin mezclarse en los asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países en que laboran.

El Programa está organizado para responder a las necesidades que determina el país que recibe la ayuda, brinda no sólo la atención médica a la población, sino también coopera con los países receptores a ganar en organización de los servicios y preparar al personal médico y paramédico que enfrentará y dará continuidad al trabajo iniciado por las brigadas médicas cubanas, con una visión futurista y sostenible; podemos afirmar entonces que el Programa Integral de Salud busca el fortalecimiento de capacidades y se desarrolla bajo la negociación bilateral entre los gobiernos, con costos compartidos donde Cuba aporta fundamentalmente los recursos humanos.

Es importante destacar que la presencia del personal de salud cubano en los parajes más recónditos y su labor humanista ha llevado seguridad a los habitantes que residen en esas comunidades, los cuales se han sentido protegidos por la posibilidad de acceder a los servicios médicos y contar con la ayuda desinteresada y competente de estos profesionales, que son capaces de enfrentar cualquier situación de salud con creatividad y recursos propios.

En la colaboración cubana a través del PIS, hasta el cierre de agosto del 2009, han laborado 19 mil 818 trabajadores de la salud; el 78,9 % han sido médicos especialistas con alto nivel científico.⁸

Los colaboradores han trabajado en 426 departamentos o regiones y en 15 mil 137 comunidades rurales de los 43 países, brindando su atención a una población de 61 millones 469 mil 188 habitantes y se han destacado por sus elevados valores morales, éticos y humanísticos, lo que ha posibilitado que los resultados alcanzados hayan sido valorados como exitosos por los países receptores de la ayuda y que cada día sean más los que reclaman el concurso de la misma.

En tal sentido el primer y más importante impacto social del programa, es el de llevar seguridad a millones de hogares y familias con la ampliación de cobertura médica y acceso de servicios de salud. Lo anterior responde a un principio básico animado por Fidel en la creación del programa cuando afirmó: cito.

"Un programa integral de salud no se puede medir por el número de vidas que se salven, sino por los millones de personas que sienten, en primer lugar, seguridad, que es lo primero en la salud; les brinda seguridad a millones".⁷

Las áreas de prioridad en la cooperación abarcan la atención integral de salud en el nivel primario y secundario, asistencia técnica, formación de recursos humanos, capacitación de recursos humanos en servicio, desarrollo de programas de salud y gerencia de programas de medicamentos, trasferencias de tecnología y desarrollo de la electromedicina:

La puesta en marcha de más de 50 hospitales y la apertura de 661 nuevos servicios hospitalarios, gracias a la presencia de especialistas cubanos del PIS en la atención secundaria, ha permitido mejorar el acceso a los servicios en zonas muy pobres y marginadas de los países que se benefician del Programa.

La promoción y educación para la salud tiene el fin de mejorar los hábitos y conductas de las poblaciones en relación con los problemas principales de salud identificados. Se parte del principio de que cuando la población tiene los elementos para mejorar el conocimiento del problema, las vías para su solución, dispone de asistencia profesional y ha asumido un determinado grado de compromiso social que involucra a los líderes comunitarios y jefes de familia, puede mejorar la situación de salud.

A partir de esta estrategia, las brigadas cubanas han realizado, 1029 programas radiales, 280 programas televisivos, han formado a más de 43 mil jóvenes en el manejo del paciente con VIH-SIDA.

Según el Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) del 2008, el número de médicos por 100 mil habitantes es: en Gambia (11), Guinea Ecuatorial (30), Guinea Bissau (12), Eritrea (5), Tanzania (2) y Timor Leste (10).⁹ A través de la colaboración del PIS en la esfera docente con esos países, se han creado Facultades de Medicina con profesores cubanos con una matrícula total de 869 estudiantes, con un ingreso anual de más de 100 alumnos. Esto representa, sin dudas, un esfuerzo importante para mejorar la implementación de los planes de intervención en salud; por sólo poner un ejemplo en Timor Leste la cobertura de médicos por cada 100 mil habitantes dejaría de ser de 10 para mejorar en 76 por cada 100 mil habitantes (846/1108777hab).

La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres tanto entre países como dentro de ellos. En las regiones desarrolladas se registran nueve muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con 450 en las regiones en desarrollo. En estas últimas, 14 países presentan tasas de mortalidad materna de al menos 1.000 por cada 100.000 nacidos vivos. La mitad de esas muertes (265.000) ocurren en el África subsahariana y una tercera parte (187.000) en el Asia meridional. En estas dos regiones se concentra el 85 % del total de muertes maternas.²⁵

Medir la mortalidad materna es una tarea difícil, ya que es común la sistemática notificación incompleta o errónea de la información y que las estimaciones presenten amplios intervalos de incertidumbre. La confiabilidad de las fuentes de datos que se disponen actualmente es variable, por lo que a mediano y largo plazo, el monitoreo de alcances en este ámbito dependerá de mejores sistemas de control y registro. La información de tendencia que se dispone sobre este indicador permite evidenciar que los países en desarrollo en su conjunto, han registrado pocos avances.²⁵

El comportamiento de la mortalidad infantil también refleja marcada diferencia entre países ricos y pobres

El impacto del trabajo realizado por nuestros colaboradores se ha reflejado por ejemplo en Guatemala con una disminución de las tasas de mortalidad infantil y materna. En las áreas atendidas por la misión médica, la mortalidad infantil antes de la llegada de la cooperación en abril de 1998 era de 40,2/1000 NV y en el año 2008

disminuyó a 9,0/1000 NV. Por su parte, la mortalidad materna descendió de 491,0 fallecidas por 100 000 NV a 113,9 al cierre del año 2008.

En Nicaragua se logró una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 15.19/1000 NV en el 2007 a 15.09/1000NV en el 2008 y la tasa de mortalidad materna de 76/ 100 000 NV en el 2007 a 64 por 100 000 NV en el 2008), (Anexos)

Durante el inicio del Programa y en el análisis de su posible impacto el compañero Fidel fundador del mismo en su discurso del 21 de noviembre de 1999 en el Forum de Ciencia y Técnica dijo, cito:

*"se podría salvar en Centroamérica a 25 000 niños por cada 1 000 nacidos vivos, entre 0 y 5 años de edad; 25 000 niños cada año. A decir verdad, con el programa que estamos proponiendo, podrían salvarse 30 000; si se añade el resto de la población mayores de 5 años, calculando de forma muy conservadora, podrían salvarse 20 000 vidas más en Centroamérica"*⁷.

"El potencial de vidas salvables por millón de habitantes en Centroamérica es menor que el de Haití. Si por cada 1 000 que nacen cada año, mueren 135 de 0 a 5 años en Haití, hay un potencial enorme de los que se pueden salvar. De ahí que en esa ocasión hablábamos de que se podían salvar en Haití alrededor de 25 000 vidas, de ellas unos 15 000 niños —les advierto que hice un cálculo conservador, porque realmente son más; pero siempre en estas cosas es mejor hacer cálculos conservadores— y alrededor de 10 000 adultos —cálculo igualmente conservador. En realidad, con un programa como el que mencioné, se pueden salvar entre 20 000 y 22 000 niños en Haití. Nacen en Haití de 200 000 a 220 000 niños cada año, con siete millones y medio de habitantes. Hay que considerar dos datos fundamentales: los que mueren de las edades señaladas por cada 1 000 que nacen y el total de los que nacen"

⁷.

A partir de estos razonamientos se diseño para el Programa Integral de Salud un nuevo indicador que permitió estimar el número de personas que hubiesen fallecido, de no haber recibido servicios de urgencia por un médico cubano. En tal sentido y desde 1999 hasta la actualidad a través de este programa se han salvado 2 millones 115 mil 589 personas, que representan un promedio anual de 211 mil 559 vidas salvadas.

En Centroamérica (Honduras, Nicaragua, Guatemala) se han salvado 503 mil 955 personas, un promedio anual de 50 mil 396 vidas salvadas, dos veces mas que las vidas que se perdieron cuando los huracanes George y Mich. Vale destacar que en Haití en 10 años de cooperación, los profesionales de la salud cubanos han logrado salvar 232 mil 478 personas, un promedio anual de 23 mil 248 haitianos, cifras muy cercanas a las estimadas por el compañero Fidel que traducen el impacto social del programa.

En la última década y a partir de los efectos de desastres naturales como el George y el Mich, las inundaciones en Haití del 2004 y 2008, el Huracán Stam en Guatemala, los terremotos de Sri Lanka, Indonesia, Perú, Pakistán y China unas 377 mil personas han perdido la vida, sin embargo durante la misma década el Programa Integral de Salud salvó por atención de urgencia, 5,6 veces más vidas que las que se perdieron por estos acontecimientos naturales.

Finalmente podemos decir que los principales resultados de impacto técnico del programa radican en la ampliación de cobertura, las vidas salvadas, la disminución de

la mortalidad infantil y materna, la formación de médicos, las acciones de prevención y promoción de salud, así como en el aumento de los accesos a los servicios de salud desde el punto de vista económico y geográfico, todo lo cual redonda en beneficio de las poblaciones atendidas y en el fortalecimiento de la infraestructura de salud de los países.

Programa Integral de Salud, impacto económico a partir de indicadores asistenciales seleccionados.

Para valorar el aporte económico de los programas de salud desarrollados como el PIS, se analizaron los servicios de salud prestados y la formación de recursos humanos en los países donde la colaboración médica tenía, como mínimo, seis meses de iniciada. Los estimados tuvieron como base de cálculo las tarifas de precios utilizadas por la Oficina de Servicios en Salud del Ministerio de Salud Pública (Ver Anexo).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Entre los principales resultados alcanzados por los programas de Salud, en el transcurso de estos diez años, se encuentra el mejoramiento de la atención de salud de la población, expresado en la prestación de servicios que antes no existían como: consultas médicas, acceso a medios diagnósticos de calidad, dispensarización de la atención de pacientes de riesgo y realización de consultas de terreno, en las cuales se desarrollan en gran medida las acciones preventivas, la educación sanitaria y la asistencia en el hogar.

A nivel internacional, el costo para la población de una consulta médica puede ser de 25 a 50 dólares. Nuestros médicos han ofrecido 155 486 427 consultas médicas generales, 48 417 219 de terrenos, lo cual hubiese tenido un costo de 2 mil 676 millones 730 mil 204 dólares para la población de aquellos países que se han beneficiado de ellas, sin tener en cuenta las consultas de terreno, que en muchos de estos países no se habían practicado de rutina en la atención primaria hasta la llegada de la colaboración cubana. La base del cálculo anterior fue el precio más bajo de 25 dólares.

En cuanto a los servicios relacionados con la Ginecología y la Obstetricia se han realizado 920 mil 920 partos fisiológicos y 161 mil 003 cesáreas, en condiciones adecuadas de atención y con profesionales de alta calificación técnica.

El sólo ingreso para un parto, en un centro hospitalario privado o con seguro social, puede tener un costo para el paciente de 120 dólares aproximadamente. El parto fisiológico puede costar alrededor de 250 dólares, si es instrumentado 300 dólares, y en el caso de una cesárea puede llegar hasta 350. Las mujeres que viven en los países subdesarrollados, son asistidas generalmente en sus casas por matronas o mujeres más experimentadas, con una alta incidencia de muerte o pueden utilizar los servicios de hospitales públicos con baja calidad en la atención perinatal.

La atención especializada a estas mujeres hubiese implicado altos costos para los sistemas de salud de las localidades o países y las familias de estas pacientes, hubieran

tenido que pagar por su atención en el parto un total de, 56 millones 351 mil 050 dólares en cesáreas y 230 millones 230 mil dólares, en partos fisiológicos; por lo que se considera que estas cifras constituyen una forma de aporte económico de los médicos del PIS. En este análisis debe subrayarse, sobre todo, el logro que ha significado la disminución de la mortalidad materna e infantil en los territorios beneficiados.

Dentro de las áreas prioritarias del PIS en la atención secundaria, está la actividad quirúrgica. Se habían efectuado 734 mil 221 intervenciones quirúrgicas mayores y 2 millones 841 mil 719 menores en las áreas atendidas por colaboradores cubanos, las que han contribuido a salvar millones de vidas humanas y a solucionar afecciones donde el médico cubano ofrece de forma gratuita su servicio. La mayoría de los pacientes atendidos en áreas de estos países, no pueden pagar una intervención quirúrgica mayor, lo que hace que la morbilidad y mortalidad de personas jóvenes en edad laboral se incremente por falta de acceso a los servicios médicos.

El costo mínimo de una cirugía de abdomen puede ser de 1500 dólares y de una laparoscopia o intervención quirúrgica menor alrededor de 600. Si consideramos la calificación técnica y profesional de los médicos, se puede plantear que por concepto de cirugía, estos han aportado a las poblaciones mil 101 millones 331 mil 500 dólares durante los últimos 10 años de servicios en los 43 países analizados.

A pesar de que los pacientes deben pagar los gastos de medicamentos, medios diagnósticos e ingreso hospitalario entre otros, el costo de una intervención quirúrgica se abarata considerablemente cuando el médico aporta este servicio de forma gratuita.

En la atención estomatológica se habían realizado un millón 436 mil 537 consultas, en las cuales, además del tratamiento curativo, se efectuaron prácticas de educación sanitaria, prevención y detección precoz de enfermedades incurables como el cáncer bucal. El costo de una consulta de servicios básicos de estomatología para el paciente, como mínimo es de 30 dólares, por ser un servicio especializado y altamente costoso en cualquier lugar del mundo. Se puede inferir, que los colaboradores contribuyeron con las poblaciones al ofrecer gratuitamente sus servicios por un valor aproximado de 43 millones 096 mil 110 dólares.

La Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI)^{12, 13}, aliada fundamental de UNICEF, es la organización más importante para el suministro de vacunas a los países del mundo y tiene el objetivo de financiar e incrementar la vacunación. La misma señala que para inmunizar un niño contra las 6 enfermedades infecciosas antes mencionadas, se requieren sólo 0.72 dólares estadounidenses percápita, dado los precios actuales del mercado.

Los médicos del PIS han contribuido en gran medida al desarrollo de las campañas de vacunación, suministrando 10 019 043 dosis de vacunas, para lograr la prevención de las seis enfermedades infecciosas graves inmunopre-venibles más frecuentes en la infancia: tuberculosis, difteria, tosferina, témanos, sarampión y poliomielitis y se han inmunizado 2 620 426 niños con las 4 vacunas correspondientes

(BCG, DPT, AS, antipolio), todo ello ha permitido que la cobertura ofrecida por UNICEF, desde el punto de vista financiero, llegue a la población infantil que reside incluso en las regiones más intrincadas.

El ingreso hospitalario es de difícil acceso sobre todo si cuenta con atención médica y de enfermería calificada, ya que el costo mínimo de una cama puede oscilar entre 20 y 40 dólares para afecciones médicas menores. Si se trata de un parto o una intervención quirúrgica el costo para el paciente puede ser mucho mayor, a pesar de ello hasta agosto del 2009, se habían realizado 5 millones 061 mil 589 ingresos hospitalarios.

Las misiones médicas cubanas incluyen personal técnico de electromedicina, quienes han jugado un importante rol en la recuperación de equipos médicos. Estos técnicos con su creatividad y desempeño, han logrado reincorporar a la vida útil 71 828 equipos para un aporte económico de 33 millones 974 mil 644.0 dólares estadounidenses, sólo teniendo en cuenta para este cálculo el precio de las piezas adquiridas y no la mano de obra calificada que requiere este tipo de tecnología.

El aporte del Programa Integral de Salud a partir del análisis de los indicadores asistenciales seleccionados desde 1999 hasta agosto de 2009 asciende a 5 mil 846 millones 744 mil 904 dólares estadounidenses.

Tabla resumen del aporte económico del Programa Integral de Salud, a partir de indicadores asistenciales seleccionados.

Tipo de Servicios servicio	Cantidad (USD)	Precio por	Aporte total (USD)
Consultas generales y menores de 1 año	107,069,208	25	2,676,730,200.0
Partos fisiológicos	920,920	250	230,230,000.0
Cesáreas	161,003	350	56,351,050.0
Cirugía mayor	734,221	1,500	1,101,331,500.0
Cirugía menor	2,841,719	600	1,705,031,400.0
Consultas estomatológicas	1,436,537	30	43,096,110.0
Equipos reparados	71,828	473	33,974,644.0
Total	113,235,436.00		5,846,744,904.00

Formación de recursos humanos

La formación de recursos humanos es una de las tareas prioritarias del Programa y por ello surge la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en 1999, a 10 años de su creación se han graduado 8 283 jóvenes de 100 países. En el 2009 solo a través de este programa la ELAM contaba con una matrícula total de 8 170 alumnos de 1er. a 6to año, los que deberán incrementar el número de profesionales que brinden atención de salud en los lugares donde ahora laboran los médicos del PIS, a esto se suman las actividades de capacitación y entrenamiento, llevadas a cabo en los diferentes países a 78 027 comadronas, 64 756 promotores de la salud, 2 003 enfermeros y enfermeras además de 765 334 activistas en tareas de salud que prestan ya servicios en sus áreas.

Un principio del PIS ha sido garantizar la sostenibilidad del programa con la formación de recursos humanos. En estos momentos se encuentran estudiando en nuestro país, en la carrera de medicina tanto por el Programa de la ELAM, como por el Nuevo Programa de Formación un total de 23 mil 749 estudiantes procedentes de los países que integran el PIS. Si estos alumnos hubieran estado estudiando en universidades del primer mundo, donde completar los estudios de Medicina tiene un costo nunca inferior a los 200 000 dólares, el monto total de lo que Cuba estaría aportando o ahorrando a esos gobiernos o familias tendría un monto de 4 mil 749 millones 800 mil USD lo que hubiera sido imposible de asumir por las familias o gobiernos de dichos estudiantes, si se tiene en cuenta que en este programa se priorizan a quienes viven en condiciones socioeconómicas más desventajosas y se ofrece a gobiernos con un desarrollo económico menor.

Estos alumnos, cuya preparación académica es diversa reciben cursos de idiomas y de nivelación para equipararlos a las exigencias de la educación superior cubana, lo que indiscutiblemente eleva los costos de su formación. Esto se realiza en el primer año de estancia en el país antes de iniciar la formación profesional.

La estrategia de trabajo del PIS ha estado encaminada a solucionar las necesidades de salud de cada país, en correspondencia con la política trazada por los ministerios y las autoridades del sector, y ha incentivado la integración interagencial como expresión de la Globalización de la Solidaridad; única forma de ayuda efectiva a los países subdesarrollados que demandan, además de recursos financieros, de capital humano para acometer los programas y acciones de salud dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

En resumen podemos afirmar que tanto por la asistencia médica integral, como por la formación de médicos, el Programa Integral de Salud aportado a los gobiernos o familias beneficiados un total de 10 mil 595 millones 544 mil 904 USD.

Evaluación del impacto económico del Programa Integral de Salud con relación al cumplimiento de la Ayuda Oficial al Desarrollo comprometida por el CAD.

En el mundo de hoy más de 2.500 millones de personas viven en la pobreza extrema (menos de dos dólares al día), el 70 % son mujeres. La cifra de hambrientos en el mundo supera los 1000 millones, más de 1.800 millones de seres humanos no tienen acceso a agua potable, 1.000 millones carecen de vivienda estimable, 17 millones de niños menores de cinco años mueren cada año por enfermedades prevenibles, casi 4 millones mueren por enfermedades diarreicas y respiratorias, 2.000 millones de personas carecen de acceso a medicamentos esenciales, más de 2.600 millones de personas no tienen acceso a saneamiento básico.¹⁴

La globalización y la pobreza tienen implicaciones profundas para la salud de las poblaciones, para la política de salud nacional e internacional, y de hecho, para la definición misma de lo que constituye la salud. Esta situación socio sanitario ha llevado a diversos cónclaves internacionales la necesidad del fortalecimiento de la cooperación internacional y de la ayuda al desarrollo, como una de las vías para preservar la existencia misma de la especie y la dignidad plena del hombre, ejemplo de ello son:

La primera carta rectora del PNUD en 1970^{15,16}. Donde los países industrializados aceptaron, aportar el 0,7 % del Producto Nacional Bruto (PNB) para la asistencia al desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en Alma Ata¹⁷, en 1978, cuando ministros de más de 100 países, se comprometieron con la estrategia de alcanzar “Salud para Todos en el año 2000” y se hizo un llamado urgente para ejecutar acciones internacionales en aras de implementar sistemas de atención primaria de salud, para las poblaciones más desfavorecidas.

La Asamblea del Milenio, fué¹⁸ celebrada en la sede de las Naciones Unidas, en el año 2000, con el compromiso de los estados de ayudar a los más necesitados, y que los donantes bilaterales y multilaterales, aumentaran su asistencia técnica y financiera a los países más pobres. Todas las naciones acordaron dar cumplimiento a una serie de objetivos que mejorarían los índices de desarrollo humano en salud, como: erradicar la pobreza extrema y el hambre, disminuir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades infecciosas y garantizar la sostenibilidad ambiental.

Estos propósitos no se han cumplido. Aún cuando los ejemplos anteriores parecieran indicar, que en las tendencias actuales de la cooperación internacional se otorga más relevancia a la salud , a pesar de los esfuerzos que realizan a favor del desarrollo humano, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Educación y la Infancia (UNICEF) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), son pocos los países industrializados que han cumplido con los compromisos asumidos.

Entre ellos cabe citar a los Países Bajos, Suecia, Dinamarca y Noruega que los han cumplido de forma sistemática y Luxemburgo, que desde hace unos años se sumó al grupo. Sin embargo, EEUU y Japón, con economías de mayor tamaño, que integran también el Grupo de los 7 (G7), tuvieron un aporte tan bajo, que sólo lograron ofrecer en su conjunto el 0,18 % del INB, como ayuda a los países subdesarrollados.¹⁹

En el informe anual del 2003 sobre desarrollo humano elaborado por el PNUD, se constata que la meta trazada por esa organización para reducir los índices de pobreza a la mitad para el 2015, dudosamente podrá ser cumplida, si se parte del hecho que, en esta última década 54 países disminuyeron sus indicadores de crecimiento económico.²⁰

Es importante destacar que la ayuda a los países del Tercer Mundo se realiza fundamentalmente a través del aporte financiero de sus gobiernos u organizaciones, con la tendencia a priorizar situaciones de desastres y emergencias y no como un aporte para el desarrollo sostenible de los pueblos que es lo que podría erradicar la pobreza y las abismales inequidades entre el norte y el sur, entre ricos y pobres.

El compromiso de los países de la Unión Europea de elevar en algo más de 16 mil millones de dólares sus aportes, a partir del 2006, como ayuda al desarrollo, se aleja de las necesidades reales planteadas por las Naciones Unidas en los objetivos de la Cumbre del Milenio, pues se considera que la meta, debía ser de 50 000 millones de dólares para que los países pobres puedan mejorar sus índices de desarrollo o al menos, cubrir las carencias financieras.²¹

Si adicionalmente se analiza el pago de la deuda externa por parte de los países del tercer mundo en relación a la ayuda oficial al desarrollo que reciben, se aprecia lo siguiente:

El mundo desarrollado ofreció 119,8 mil millones de dólares anuales en ayuda al desarrollo, mientras que los países del tercer mundo destinaron al pago del servicio de la deuda 374,6 mil millones de dólares (3,1 veces más de lo que se recibe).

América Latina y El Caribe recibió unos 6,7 mil millones de dólares promedio anual entre 2003 y 2007 como Ayuda Oficial para el Desarrollo (OCDE)²², sin embargo, en ese mismo periodo, el pago del servicio de la deuda fue de 180,4 mil millones de dólares promedio anual (27 veces más que la ayuda recibida).

Al analizar el valor de los servicios médicos proporcionados por Cuba a través del Programa Integral de Salud observamos que ha sido creciente: ha aumentado, en términos relativos, de un 0,47 % del Producto Interno Bruto en 1999 a un 1,58% del Producto Interno Bruto en el 2008, manteniendo anualmente a partir del año 2002 un aporte mayor del 1,30 %. Este comportamiento contrasta con la tendencia inestable y decreciente que ha tenido la Ayuda Oficial para el Desarrollo brindada por los países industrializados, que no han cumplido nunca con el compromiso de ofrecer el 0,7 % de su Ingreso Nacional Bruto. ([tabla](#))

Año	Cuba Valor estimado del PIS como % del PIB* ²³	CAD AOD como % del INB**
1999	0,47	0,24
2000	0,73	0,22
2001	1,16	0,22
2002	1,37	0,23
2003	1,51	0,25
2004	2,39	0,26
2005	1,95	0,33
2006	1,73	0,31
2007	2,10	0,28
2008	1,58	0,3

* Calculado a partir del valor estimado del PIS deducido en esta investigación y del PIB a precios corrientes de Cuba según ONE, 2008. *Anuario Estadístico de Cuba*. Se tuvo en cuenta el tipo de cambio oficial respecto al dólar hasta julio del 2003. **OCDE, 1999-2009. Reporte Anual del CAD, www.oecd.org.

Entre 1999 y el 2008 los países miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)²² de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, han aportado en su conjunto sólo entre un 0,22 y un 0,24 % de su Ingreso Nacional Bruto. La realidad es que estos compromisos de Ayuda Oficial al Desarrollo han perdido

importancia dentro de las prioridades fundamentales de la política exterior de los países industrializados.

Lecciones aprendidas por Cuba en el desarrollo de la cooperación internacional en salud

El desarrollo de una cooperación cuyo capital fundamental es el humano altamente calificado y con vocación de servicio, requiere de un conjunto de acciones que propicien un alto nivel de satisfacción de sus miembros. Para lograr este objetivo se requiere trabajar en las distintas áreas de su actuación.

1. Lograr la superación continua de los profesionales y técnicos cubanos mientras desarrollan los programas de cooperación, como elemento esencial para insertarlos en los cuadros de salud de los países donde trabajan y para mantenerlos actualizados sobre las continuas transformaciones tecnológicas, el resultado de la investigación científica en Cuba y a nivel mundial. Para lograr este objetivo, el Ministerio de Salud Pública de Cuba creó un sistema de superación post-gradual presencial y semipresencial para los cooperantes cubanos de la salud.
2. Mantener un sistemático contacto e intercambio de información entre las misiones médicas cubanas y el Ministerio de Salud Pública de Cuba, su Unidad o Agencia Central de Cooperación, el Ministerio de Relaciones Exteriores y otras instituciones del país que coordinan el trabajo de las brigadas, para ello se estableció un sistema de comunicación a través de una red computarizada y se extendió la señal de televisión de Cuba a todos los países donde se desarrollan los programas.
3. Dada la responsabilidad del Estado Cubano con el desempeño y la vida de todos sus colaboradores, la masiva participación de profesionales y técnicos, así como los códigos y principios que ante determinadas situaciones defiende la cooperación cubana, se crearon con la anuencia de los gobiernos beneficiados, planes propios de prevención y reducción de desastres naturales y enfrentamiento a posibles situaciones de conflictos, independientemente del sistema de alertas y protección para la defensa civil establecido por el país donde se coopera.
4. A partir de que el período de estancia de los colaboradores cubanos es de dos años con vacaciones anuales y que los mismos no van a sus misiones acompañados de la familia, el estado cubano diseñó un sistema de atención para el colaborador y sus familiares, a fin de preservar la integridad y bienestar de esa valiosa institución, como núcleo esencial de la sociedad. Este programa incluye, la preservación del puesto laboral del colaborador, una ayuda económica adicional a su familia, así como un importante reconocimiento de su labor a nivel social.
5. Trabajar directamente subordinado al Ministerio de Salud del país donde se coopera, atendiendo a las prioridades identificadas por este, permitió un mejor entendimiento entre las partes, concentró esfuerzo en las prioridades y logró una mayor y más rápida transformación de los indicadores de salud de las poblaciones donde cooperamos.
6. Integrar, en los países donde se logra su funcionamiento, el Comité de Cooperación que coordinan los Ministros de Salud oficinas de la OPS y Naciones Unidas, permitió la

armonización de las acciones de cooperación entre todos los actores que participan y en consecuencia mayor sinergia y efectividad de nuestras acciones.

7. Establecer sistemas de registros para compilar la información de las acciones de cooperación que desarrollan las brigadas. Ante las dificultades y en ocasiones ausencia de un registro estadístico en los países donde cooperamos, se crearon sistemas estadísticos propios, que tributan la información al Ministerio de Salud del país, que ha permitido llevar un registro diario e histórico de todas las acciones de salud desarrolladas por las brigadas médicas cubanas en el exterior durante la última década.

8. Incluir la especialidad de electromedicina en cada una de nuestras brigadas para solucionar los problemas que generan, la obsolescencia de los equipos médicos, la no inutilización de los mismos por falta de piezas o por dificultades en su reparación. Se conformaron brigadas de ingenieros y técnicos especializados que con sus habilidades ha reparado y puesto en marcha un alto número de equipos médicos contribuyendo con ello a elevar la calidad de la asistencia que brindamos. A partir de esta experiencia los Ministerios de Salud han solicitado a las distintas universidades de sus países, incorporar este tipo de especialización y se han establecido con Cuba protocolos para la formación y capacitación de profesionales y técnicos en estos perfiles, al mismo tiempo que se han creado talleres de reparación de equipos médicos en los distintos países.

9. Investigar y actuar en correspondencia con los problemas que surjan en la asistencia y desarrollo de nuestros programas. El principio de la cooperación cubana ha sido la investigación- acción como método para alcanzar rápidos y superiores resultados, en consecuencia se crearon los foros de investigación o jornadas científicas, eventos que buscan compartir los resultados y las experiencias de nuestras brigadas con los profesionales y técnicos de la salud del país en cuestión.

10. Ayudar a crear o fortalecer una verdadera infraestructura de salud en el país donde cooperamos. Para cumplir este objetivo fue necesario estudiar las potencialidades del sistema de salud cubano en materia de formación y asistencia médica y en correspondencia con ello y con las necesidades de los países, estructurar las brigadas, las que paulatinamente fueron conformándose con un 15 % de especialistas de la atención hospitalaria, un 60 % de especialistas de la atención primaria y el 30 % restante lo integran enfermeras y técnicos de la salud de las distintas especialidades, así como ingenieros y técnicos que dan apoyo logístico. Nuestra experiencia también indica que cada país tiene necesidades diferentes y la composición de las brigadas en cuando a sus especialistas, varía de acuerdo al desarrollo de la salud pública en las distintas áreas geográficas, para las autoridades sanitarias de América Latina es más cercano y existe apropiación del concepto y la práctica de la atención primaria, sin embargo para el continente Africano se hace perentorio cubrir inicialmente la atención en los centros hospitalarios, dado que el déficit de los recursos humanos de esa región tiene una mayor dimensión.

11. Continuar la atención posgradual de los estudiantes de la ELAM, para ello se hace necesario diseñar y poner en marcha el observatorio de los recursos humanos en salud formados por Cuba a través del Programa Integral y trabajar con gobiernos e instituciones universitarias, en los acuerdos de homologación de títulos y procedimientos que faciliten la inserción de los estudiantes en sus países.

CONCLUSIONES

El Programa Integral de Salud de Cuba, que aporta lo mejor de la experiencia, los conocimientos científicos y las tradiciones del movimiento del voluntariado nacional y mundial, ha permitido a las poblaciones más desfavorecidas de los países beneficiados, un importante impacto social a partir de lograr mayor acceso a una asistencia de salud, altamente calificada, que se refleja en los resultados de los indicadores de cobertura, así como en la elevación de su estado de salud, expresado en la reducción de la mortalidad en los grupos más vulnerables.

El estudio de los indicadores seleccionados en este trabajo, ha permitido estimar que tanto en el área asistencial como en la formación de médicos, el ahorro o aporte económico del Programa Integral de Salud durante la primera década de su desarrollo, ha sido de 10 mil 596 millones 544 mil 904 USD. Este aporte que se ha brindado de forma solidaria, posibilita que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias y gobiernos que se benefician del programa.

El valor de los servicios médicos y formación de capital humano proporcionados por Cuba a través del Programa Integral de Salud ha sido creciente: ha aumentado, en términos relativos desde 1999 hasta el 2008, lo que contrasta con la tendencia inestable y decreciente que ha tenido la Ayuda Oficial al Desarrollo brindada por los países industrializados, cuyos compromisos han perdido importancia dentro de las prioridades de la política exterior de los países industrializados.

El análisis del comportamiento del pago de la deuda externa de los países de América Latina y El Caribe en relación a lo que reciben la región como Ayuda Oficial al Desarrollo, demuestra cuan lejos estamos de lograr un verdadero beneficio para el avance económico y social, en tal sentido el aporte del PIS representa una experiencia válida y efectiva de cooperación Sur Sur.

El Programa Integral de Salud de Cuba ha alcanzado notable impacto social y económico en una década de desarrollo. Los resultados asistenciales, el aumento de cobertura y acceso a servicios de salud de calidad, unido a la formación de miles de médicos, permiten afirmar que el mismo ha contribuido a fortalecer la infraestructura de salud de los países beneficiados.

En la implementación del PIS, el Gobierno cubano ha instrumentado una estrategia de investigación desarrollo donde las lecciones aprendidas permiten generalizar experiencias y consolidar los resultados de su cooperación en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Naciones Unidas. [Internet] Declaración Universal Derechos Humanos.50 Aniversario: Naciones Unidas; 2003[citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/rights.htm>

2. Blobel G. The role of information technology on documentation and security of medical data.[tesis]World Health Chart 2001. Sweden: Karolinska Institute, Stockholm; 2002. [citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://diss.kib.kai.si/2009/98-91-7409-546-3/thesis.pdf>
3. Rojas O. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre la política de salud. rev Cub Salud Pública.2003; 29(3):253-9.
4. Castro Ruz F. Discurso Pronunciado en el acto conmemorativo del Aniversario 40 del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. [Internet];17 de oct 2002[citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas.[CD-ROM].Washington DC: OPS; 2002.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas; 2008.
7. Castro Ruz F. Discurso Pronunciado en la clausura del XII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, efectuada en el Palacio de las Convenciones [Internet];21 de nov 1998[citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>
8. Informe estadístico mensual de la Dirección Nacional de Estadística. MINSAP; 2009 jul.
9. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas, 2008.
10. Brigada Médica Cubana de Guatemala. Reunión de Jefes de Misiones Medicas.[CD-ROM]. La Habana; 2003.
11. Debbag R. Impacto mundial de la vacunación. [Internet] Datos epidemiológicos e impacto económico. [citado 26 de nov 2009].Disponible en: http://www.aventispasteurmex.com/enfermedad_poliomielitis_13.htm
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Global Alliance for Vision Immunization: hacia la inmunización universal.[Internet]UNICEF;2003[citado 26 de nov 2009].Disponible en: www.unicef.org/gavi
13. Scott Wittet. Realizando el potencial completo de la vacunación infantil. Children` s Vaccine Program,2000***.
14. Programa Mundial de Alimentos, septiembre 2009.
15. Carta rectora PNUD 1970. Cooperación Internacional al Desarrollo.
16. Pérez Roque F. Intervención en la reunión ministerial del PNUD[Internet];2000[citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www3.itu.int/MISSIONS/Cuba/MinisterialPNUD.htm>

17. Healthwrights. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud.[Internet]En su: Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil.Kasajastan; 1978[citado 26 de nov 2009] Disponible en: <http://www.healthrights.org/static/cuestionando/cap3.htm>
18. Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A.
19. Báscones Carolina. Cooperación Internacional. El financiamiento internacional en salud. XV reunión de directores de Cooperación Internacional de América Latina y el Caribe. Uruguay,marzo 2002.
20. Conditions of service for International UNV Specialists, may 1999. United Nations Volunteers.
21. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza humana. Informe desarrollo humano. La Habana: Editira Caguayo. 2003.
22. OCDE.[Internet], 1999-2009. Reporte Anual del CAD, [citado 26 de nov 2009].Disponible en: www.oecd.org
23. ONE.[Internet], Anuario Estadístico de Cuba. Oficina Nacional de estadística; 2008 [citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www.one.cu>
24. WEO, international agency(IEA) OECD,2009.Work energy outlok (resumen ejecutivo) Paris Francia [citado 26 de nov 2009].Disponible en: <http://www.iea.org/txtbase/about/copyratasp>
25. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Naciones Unidas, New York, 2009.