

La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010

Cuban medical solidarity from the perspective of the Comprehensive Health Program, 1998 - 2010

Dra. Michele Santana Iglesias, Dra. Evelyn Martínez Cruz

Especialista en Medicina General Integral. Unidad Central de Colaboración Médica. michele@infomed.sld.cu. Cuba.

Especialista en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública de Cuba. evemart@infomed.sld.cu. Cuba.

Recibido: 24 de Octubre 2012

Aprobado: 5 Enero 2013

RESUMEN

La solidaridad en el campo de la salud se remonta a la época de la colonia, pero no se evidencia como voluntad política y decisión de gobierno hasta el triunfo de la revolución. **Objetivos:** Se analizó la solidaridad médica cubana a través del Programa Integral de Salud como modalidad de cooperación internacional, su origen, evolución y desarrollo en el tiempo. **Método:** Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo del Programa Integral de Salud desde su inicio en 1998 hasta el 2010. **Resultados:** Se estableció una clasificación por etapas mediante la sistematizaron de un grupo de experiencias y eventos que evidencian la favorable evolución del mismo. Se demostró el papel rector del pensamiento político y filosófico del Comandante en Jefe, Fidel Castro en la concepción, evolución y desarrollo del mismo. **Conclusiones:** Se evidenció el valor de la formación de profesionales de la salud junto a las Brigadas Médicas Cubanas como vía de sostenibilidad del trabajo realizado, premisa que se planteo desde su concepción, su significación en la apertura

y desarrollo de nuevos proyectos de cooperación en estos países como la Operación Milagro, Estudio de Discapacidad y el Programa Especial Barrio Adentro y de nuevas estrategias de cooperación.

Palabras clave: Programa Integral de Salud, solidaridad médica internacional, voluntad política, brigadas médicas cubanas.

ABSTRACT

Objectives: Cuban medical solidarity was analyzed through the Comprehensive Health Program as a modality for international cooperation as well as its origin, evolution and development through time. **Method:** A retrospective longitudinal descriptive observational study of Comprehensive Health Program from its start in 1998 to 2010 was conducted. **Results:** A classification by stages was established by means of the systematization of a group of experiences and events that evidenced its favourable evolution. The leading role of the political and philosophical thought of Commander-in-Chief Fidel Castro in the design, evolution and development of the program was demonstrated. **Conclusions:** The value of the formation of health professionals together with Cuban Medical Brigades was evidenced as a sustainability in the work carried out, premise that was stated from its conception, its significance in the opening and development of new cooperation projects in these countries such as the Operation Miracle, the Study of Disability, the Specialized Care Program Barrio Adentro and new cooperation strategies.

Key words: Comprehensive Health Program, international medical solidarity, political willingness, Cuban medical brigades

INTRODUCCIÓN

Los primeros pasos en materia de cooperación internacional en el mundo se remontan a mediados del siglo XIX; con la conformación de la Unión Telegráfica Internacional en 1865 y la Unión Postal Universal en 1874. Más tarde, después de la primera guerra mundial se propicia la formación de la Liga de Naciones en 1919-1946, a través del Tratado de Versalles (1919), con el propósito de mejorar la seguridad colectiva, el desarme y la resolución de conflictos a través de la diplomacia. (1)

Las afectaciones por las enfermedades infecciosas en muchos países llevaron a las primeras formas de cooperación internacional y diplomacia en salud. Los principales ejemplos se recogen en el año 1832 con el Reglamento Sanitario Internacional, en

1851 se realiza la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en París, luego se creó el Comité Internacional de la Cruz Roja en 1863 y más adelante en 1902 se crea la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como oficina sanitaria de salud para la región de las Américas, organismo internacional de salud más antiguo. Ya en 1907 se crea la Oficina Internacional de Higiene Pública, radicada en París y en 1924 se conforma el Código Sanitario Panamericano. (2) En etapas igualmente difíciles de la postguerra, surge la necesidad de un organismo internacional que trazara y al mismo tiempo hiciera cumplir acuerdos internacionales en todos los ámbitos y es cuando en 1948, se crea la Organización de Naciones Unidas (ONU). Posteriormente, se funda la Comunidad Económica del Carbón y Acero como tal en 1951, hoy conocida como la Comunidad Económica Europea, establecida 1992. (3)

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, documento adoptado por la Asamblea de Naciones Unidas, celebrada en París en 1948, se recogen los principios básicos en los que se sustentan los derechos: libertad, igualdad, fraternidad y no discriminación. Además se abogó por el derecho al acceso a servicios, incluida la salud, sin distinción económica, social, jurídica, racial o política. (4)

En ese momento, la cooperación técnica entre países en desarrollo, se concibió como una colaboración amplia y diversa, su alcance podía ser bilateral o multilateral y su carácter, subregional, regional o interregional. Se definió como «un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos de conocimiento, habilidades, recursos y tecnologías». Para dicha cooperación se definieron principios que se basan en: la solidaridad, respeto a la soberanía, apropiación nacional, independencia, no interferencia, no condicionalidad, equidad, beneficio mutuo, relación de socios y complementariedad de esta cooperación con otras formas ya existentes (Norte-Sur). (5)

En Cuba, los antecedentes de cooperación en salud, se remontan a la época de la colonia, donde varios médicos cubanos partieron hacia otros países, alistándose como soldados en luchas independentistas, manifestación del espíritu solidario e internacionalista. Se pueden citar ejemplos como: Dr. Antonio Lorenzo Luaces de Iraola, participó en la Guerra de Secesión Norteamericana, Dr. Manuel García Lavín y Chapotín en la guerra franco prusiana en la que se le concedió la legión de honor de Francia y Dr. Luis Díaz Soto que participó en la lucha del pueblo español contra el fascismo en la guerra civil de 1936-1939. (6)

Notables profesionales médicos hicieron importantes aportes y contribuciones al desarrollo de la salud a través de organismos internacionales en diferentes etapas como son: Hugo Roberts Hernández, Mario García-Lebredo Arango, Arístides Agramante Simoni, Francisco María Fernández y Juan Guiteras Gener sanitaria cubano, quien se desempeñó como vocal de la Oficina Sanitaria Internacional en 1902, hoy Organización Panamericana de la Salud. (7).

En el año 1959, con el triunfo de la revolución, se establecen un grupo de prioridades referentes a la salud, producto de ello se comenzaron a realizar importantes reformas a partir de 1960, como parte fundamental de las transformaciones de este período y en respuesta al respeto más absoluto de uno de los derechos humanos fundamentales de todo ciudadano. En ese mismo año se produce la primera ayuda solidaria recogida en la etapa revolucionaria, en Chile afectado por un terremoto.

La garantía de atención médica gratuita a toda la población cubana se convirtió, desde los inicios de la Revolución, en uno de los retos sociales fundamentales, visto como derecho recogido en la Constitución de la República y responsabilidad del Estado. Esto se corresponde con la esencia humanista y de justicia social que caracteriza el proceso revolucionario. (8)

En poco tiempo se obtuvo resultados relevantes en indicadores básicos: reducción de la tasa de mortalidad en menores de un año y en menores de cinco, la medicina preventiva superó a la curativa, se fomenta la educación y promoción para la salud con participación social y comunitaria y la formación de recursos humanos. (9)

Se establecieron los principios del Sistema de Salud Cubano: único, universal, accesible, regionalizado, gratuito, sin distinción de razas, ideologías o credos, equitativa, con base en la atención primaria de salud y la solidaridad internacional. (10)

Desde 1961, el gobierno cubano otorga becas para la formación de profesionales y técnicos en el ámbito de la salud, fundamentalmente a países del tercer mundo, como parte de la política exterior emprendida por el estado cubano en materia de cooperación. (11)

El 17 octubre del año 1962, en la inauguración del Instituto de Ciencias básicas y pre clínicas "Victoria de Girón", el Comandante Fidel Castro Ruz, anuncia al pueblo cubano, la decisión de brindar ayuda en el campo de la salud al pueblo argelino y se establece entonces el inicio de la cooperación en salud con brigadas médicas permanentes, en la modalidad de Misión Internacionalista. (12)

Todo de forma simultánea con las transformaciones económicas, políticas y sociales que el país impulsa.

En la década del 90 producto de la desintegración del campo socialista de la Unión de Repúblicas Socialista Soviética, comienza en el país el período especial y surge una nueva modalidad de cooperación en busca de mejorías económicas para el pueblo cubano que se denominó Asistencia Técnica Compensada, en la misma se contrataba de forma directa al colaborador y Cuba recibía, un por ciento por concepto de remesas (Sudáfrica, Brasil, Yemen, Jamaica). (12)

En esta misma década (1998-1999) producto de los desastres naturales que azotaron fuertemente a la región centroamericana surge el Programa Integral de Salud (PIS), por idea del Comandante Fidel Castro Ruz, el mismo es una modalidad de cooperación médica, la cual constituye la expresión más acabada de solidaridad con las naciones más pobres del mundo, se basa fundamentalmente en la potenciación de la Atención Primaria de Salud como vía de solución de la mayor cantidad de problemas sanitarios en los países, con la presencia de especialistas en Medicina General Integral en las zonas más pobres y desprotegidas de estas naciones donde no hay presencia de profesionales nacionales, se acompaña además de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, con importante participación comunitaria y formación de recursos humanos.

Dentro de los elementos generales que caracterizan y distinguen a la cooperación que Cuba establece con otros países se encuentra:

- Cuenta con consenso nacional y voluntad política, eje importante en el desarrollo de la política exterior cubana como vía para la verdadera integración.
- Se canaliza mayoritariamente a través de gobiernos centrales y locales, busca fortalecer o crear la infraestructura que permita la sostenibilidad.
- El 80% de la Cooperación aporta capital humano altamente calificado, con vocación humanista y de servicios, estimula la formación de recursos humanos y la transferencia de moderna tecnologías.
- Se desarrolla a partir de la suma de potencialidades entre los países involucrados, sin fines de lucro.
- Sigue el principio de responder a las necesidades planteadas por las autoridades de los países receptores de la ayuda.
- Se desarrolla rápidamente, sin grandes formulaciones. Se firman convenios de cooperación, en la que los expertos facilitan el trabajo.
- Por su naturaleza institucional, intenta beneficiar el mayor número de población posible y se desarrolla en las zonas más postergadas.

En contraposición, la cooperación que ofrecen los países industrializados y las Organizaciones no gubernamentales (ONGs) se caracterizan por: (13)

- Minimizar su responsabilidad histórica en relación al deterioro del desarrollo de los pueblos, la condicionan bajo el sustento del buen gobierno, "respeto a los derechos humanos e imperio de la ley", atada al ajuste estructural y a los intereses económicos de los propios donantes.
- Se canaliza a través del sector privado y ONGs, desestimando con frecuencia el papel de los gobiernos y la utilización por tanto de su infraestructura (falta de replicabilidad y sustentabilidad).
- Su principal aporte es de capital financiero, tecnologías con frecuencia atrasadas y reducidos programas de formación de recursos humanos.
- El 80% de los recursos financieros aportados retorna a los países ricos.
- No siempre se ajusta a las necesidades y prioridades de los países que reciben la cooperación y con frecuencia enmascara objetivos político-económicos.
- Para su ejecución requiere de dilatados procesos de negociación, elaboración de complicados proyectos, viajes e intercambios de expertos y finalmente la firma de engorrosos convenios.
- Generalmente desarrollan programas pilotos puntuales que benefician un mínimo de población y generalmente se desarrollan en las grandes urbes.
- No desarrollan capacidades nacionales, a nivel de los Ministerios de Salud. (13)

Ya este Programa tiene 12 años de implementación, en 44 países del mundo, con un total de 4344 colaboradores; sin embargo, existen pocas evidencias de su historia y desarrollo a través de estos años donde tuvo cambios de estructura y contenido, a partir de las influencias del contexto nacional e internacional. Este aspecto se considera de gran importancia en esta investigación.

Para realizar el planteamiento del problema científico se proponen las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué elementos caracterizan el surgimiento del Programa Integral de Salud?
2. ¿Cómo evolucionó el Programa desde 1998 hasta el 2010?

METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo sobre el Programa Integral de Salud (PIS) desde noviembre de 1998 hasta diciembre del 2010. El universo estuvo constituido por todos los colaboradores que participaron en este programa durante 12 años a partir de su creación.

En un primer momento, se identificaron los elementos esenciales que caracterizan al Programa Integral de Salud; se revisó su origen, las características generales, influencias del contexto nacional e internacional, sistematización de experiencias y eventos que posibilitaron la evolución y desarrollo del mismo.

En un segundo momento, se concibió una clasificación por etapas, la cual fue consultada y validada por un grupo de expertos de la Unidad Central de Cooperación Médica, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Comercio Exterior y la Inversión Extranjera.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a estos especialistas, como fuente de recolección de información primaria se realizó la revisión documental de archivos de la Unidad Central de Cooperación Médica, informes y relatorías de las reuniones de jefes de misiones médicas, así como de artículos y materiales para la divulgación del Programa Integral de Salud y se contrastaron los resultados obtenidos con investigaciones similares publicadas.

Se utilizaron las frecuencias acumuladas de los datos obtenidos de desde 1998 hasta el 2010 del Sistema de Información Estadística del MINSAP y medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas).

El procesamiento de los datos se realizó mediante el programa de Microsoft Excel y Word 2007, para Windows.

RESULTADOS Y DISCUSION

El internacionalismo y la solidaridad constituyen un principio básico del gobierno y esencia de la política exterior del país.

Desde el triunfo revolucionario en 1959, las manifestaciones de solidaridad en diferentes áreas de desarrollo, fue uno de los aspectos característicos del proceso político cubano, donde la salud es uno de los principales exponentes a pesar de las serias limitaciones económicas producidas por el bloqueo financiero, económico y comercial de Estados Unidos contra Cuba desde el año 1962.

El desarrollo de la cooperación médica cubana, está permeada en todo momento por el pensamiento y la concepción política del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz. Fidel, en sus discursos, expone de forma clara las ideas acerca de la cooperación, el internacionalismo, la solidaridad, la formación de recursos humanos dentro y fuera de Cuba.

Un ejemplo fehaciente de ello, lo constituye el Programa Integral de Salud, como lo expresa el líder de la revolución en el Discurso pronunciado en la Clausura del XII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el día 21 de noviembre de 1998. (11)

"Un programa integral de salud no se puede medir solo 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"

A partir de ese momento esta modalidad de cooperación se perfeccionó y desarrolló ampliamente y abarcó a todos los continentes.

Con la intención de sistematizar los momentos claves de la historia de la cooperación internacional en salud, se realiza este desglose, lo cual permite comprender el origen y las diferentes transformaciones a través de estos años:

- Mayo de 1960. Ayuda a Chile ante el terremoto en ese país.
- El 17 de octubre de 1962, acto inaugural de la Facultad de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón", el Comandante en Jefe anunció al pueblo de Cuba la decisión del Gobierno Revolucionario de brindar ayuda médica internacional en el campo de la Salud.
- El 23 de mayo de 1963 se considera oficialmente como el inicio de la Colaboración Médica Internacional Cubana con brigadas permanentes, al salir de Cuba la primera brigada médica hacia Argelia integrada por 55 colaboradores para brindar sus servicios por un año.
- El 22 de noviembre de 1975 se funda la Facultad de Medicina de Adén, en la República Popular y Democrática de Yemen, que dio inicio a la colaboración internacionalista cubana en el campo de la docencia médica.
- Periodo de 1960-1980, se desarrolla la modalidad de Mision Internacionalista, con presencia en países que habían alcanzado su liberación. Ejemplo: Angola, Etiopía, Nicaragua.
- Década de los años 1990. Se produce la desintegración de la URSS y se recrudecen las medidas coercitivas del bloqueo de Estados Unidos contra Cuba con serias repercusiones económicas, comerciales y sociales. Declina la Mision Internacionalista y se potencia la Asistencia Técnica Compensada, como fuente alternativa de ingresos al país en esta difícil situación.
- El 3 de Noviembre de 1998 tras el azote de los huracanes George y Mitch, a Honduras y Guatemala, se envían Brigadas Emergentes a los países afectados y surge el Programa integral de Salud.
- El 15 de noviembre 1999 se funda la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), complemento de sostenibilidad del Programa Integral de Salud.
- En el año 2000, surgieron las Facultades de Medicina en Gambia y Guinea Ecuatorial, en el año 2001 en Haití.
- El 27 de julio del 2001 se inicia el estudio psicogenético de personas con discapacidad en Cuba y posteriormente se extiende a 5 países miembros de la Alianza Bolivariana para los pueblos de América (ALBA).
- El 13 de abril de 2003 surge un nuevo tipo de colaboración en Venezuela con el paso del Programa Integral de Salud al Programa Barrio Adentro.
- El 8 de julio de 2004 se inicia la Operación Milagro, iniciativa de Cuba y Venezuela, que posteriormente se extiende a 35 países de América y uno en África (Malí), a través del ALBA. ⁽⁵⁴⁾

- El 19 de septiembre de 2005 se crea el Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias «Henry Reeve». El 8 de Octubre del 2005 ante el terremoto en Pakistán, Cuba envía las brigadas llegando a 1500 profesionales de la salud para socorrer las víctimas del desastre natural, en ese país.
- En el 2006 se establecen los centros oftalmológicos donados por Cuba en 20 países de América y 2 en África. Este proyecto ha posibilitado que hasta diciembre de 2010 se hayan operado en el exterior 2 millones 890 mil 469 pacientes de 35 países.
- El 12 de enero de 2010 se produce un terremoto en Haití que afectó los Departamentos Oeste y Sudeste. El 13 de Enero del 2010, Cuba envía la primera brigada de 30 médicos y paramédicos, miembros del Contingente Henry Reeve, que se incrementó hasta llegar a la cifra de más de 1546 colaboradores de la salud. (12, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

En el desarrollo histórico del Programa Integral de Salud se definen etapas, definidas por varios elementos, dentro de ellos: eventos nacionales e internacionales, comportamiento de las relaciones políticas de Cuba con los diferentes países, la existencia de convenios intergubernamentales previos, labor de Cuba en las comisiones de trabajo en la Organización de Naciones Unidas (contra el bloqueo económico y por los derechos humanos) y proyecciones del Sistema Nacional de Salud, sobre estos elementos se han definido los períodos o etapas, las cuales se describen a continuación:

Etapa I: Promoción y extensión de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud. (1998-2004)

Etapa II: Desarrollo y consolidación del programa. (2005-2009)

Etapa III: Redimensionamiento del programa. (2010).

I. Promoción y extensión de servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud. (1998-2004)

El 9 de noviembre del 1998, se celebra en El Salvador una reunión extraordinaria, donde Presidentes de las Repúblicas de Costa Rica, El Salvador, Honduras y Nicaragua y el Ministro de Relaciones Exteriores de Guatemala en representación del Presidente, comunican al mundo los destrozos provocados por el paso del Huracán Mitch y las terribles consecuencias que trajo el mismo para la infraestructura económica y social de esa región. Entre muertos y desaparecidos se calcularon más de 30 000 víctimas. Los Presidentes Centroamericanos lanzaron la comunicación con siete medidas en la que solicitan ayuda a la comunidad internacional. (20)

Cuba respondió de manera inmediata canceló la deuda contraída por Nicaragua ascendente a 50.1 millones de dólares y manifiesta la disposición de enviar personal médico y auxiliar, por el tiempo que fuera necesario a los países afectados. Además convoca a los países desarrollados a aportar equipamiento técnico y medicamentos ante la situación de desastre en esos territorios. (11)

Posteriormente envía brigadas emergentes de la manera siguiente: 27 de septiembre de 1998, 13 colaboradores a República Dominicana, 3 de noviembre Honduras, 5 noviembre Guatemala, 12 noviembre Nicaragua y 4 de diciembre Haití. (16)

Al cierre del año 1998 un total de 428 colaboradores cubanos se encontraban en esos países. El trabajo que realizó el personal de estas brigadas emergentes, conllevó a la solicitud de mantener e incrementar las cifras de médicos cubanos en los mismos. (16)

Ante la delicada situación económica y social existente en estos países, el gobierno cubano propone y comienza a desarrollar el Programa Integral de Salud (PIS) para Centroamérica y el Caribe, posteriormente se extiende a algunos países de África a solicitud de los respectivos gobiernos. El mismo, contempló en sus inicios, el envío de todo el personal de salud necesario, así como la disposición de formar en Cuba profesionales de la medicina, con el objetivo de asegurar la sostenibilidad y garantizar la continuidad del programa en los países donde se encontraban. (21)

En la colaboración médica cubana, se entiende como sostenibilidad; la posibilidad del país que recibe la colaboración, una vez que no cuente con esta ayuda, ya tenga personal de salud capacitado, entrenado y nuevos médicos formados que ocupen los lugares de los colaboradores cubanos y el pueblo pueda continuar con una asistencia médica calificada que se correspondan con las demandas sociales. (22)

Con este fin, en el año 1999 se crea la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) donde se formaron gratuitamente, hasta la fecha 24 838 estudiantes de 105 países latinoamericanos, caribeños, africanos, provenientes en mayoría de zonas rurales y de sectores sin recursos económicos, de cada uno de estos países, por lo que la realidad superó la idea inicial concebida. (11,15)

Según informaciones de archivos de la Unidad Central de Cooperación Médica y de sus directivos y trabajadores, en el año 2000, se realiza la primera reunión de Jefes de Misiones Médicas en el exterior, con la participación de 16 coordinadores del Programa Integral de Salud. El objetivo fue realizar un intercambio de experiencias, dar seguimiento al proyecto y trazar nuevas líneas en el trabajo de esta modalidad, sobre la base de los resultados de trabajo de las brigadas médicas cubanas. Este constituyó un encuentro personal de los coordinadores de las misiones con el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, donde se definieron las estrategias futuras. Esta reunión se mantiene de forma anual hasta nuestros días. (2011-XI Reunión)

El compañero Fidel Castro Ruz al referirse al programa, planteó: "el trabajo debe estar dirigido a lograr y crear una verdadera infraestructura sanitaria en estos países y trabajar para lograr cambios de estilos y formas de vida en la población que se traduzcan en mejora de la salud de esos pueblos". (23)

Los principios generales del PIS, identificados desde su inicio y que fueron evolucionando de forma progresiva son los siguientes:

1. La cooperación que brinda el Gobierno de Cuba se basa en el envío gratuito y solidario de colaboradores de la salud, especialmente médicos especialistas en Medicina General Integral por un periodo máximo de dos años.
2. Las brigadas prestan sus servicios en zonas rurales donde su labor no interfiera con la de los galenos del país en cuestión, con previa presentación de la documentación que acredita el nivel profesional de los mismos.
3. Los médicos prestan sus servicios a toda la población sin distinción de raza, credo ideológico, sin mezclarse en los asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países en que laboran. (15, 17, 21, 22)

Dentro de las principales acciones en este período, se aprecia todo un proceso de cooperación técnica de Cuba hacia los países, se promueven todas aquellas intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (jornadas populares de salud, vacunación comunitaria, trabajos de limpieza y saneamiento voluntarios) como una intervención sostenible con participación comunitaria, a fin de consolidar el modelo de salud preventiva. (24,25)

En esta etapa se incorporaron al Programa 29 países. Los primeros son de Centroamérica y el Caribe. En el año 2000, se abren 10 misiones, fundamentalmente del continente africano, lo cual se corresponde con los antecedentes históricos de inicios de esta colaboración. (21) ([Tabla 1](#))

Tabla 1. Distribución de países del PIS según año de incorporación.

1998	Guatemala, Haití y Honduras	3
1999	Belice, Gambia, Paraguay y Nicaragua	4
2000	Cambodia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Malí, Zimbabwe, RASD, Ecuador, Venezuela, Surinam y Níger	10
2001	Eritrea, Namibia y Burundi	3
2002	Burkina Faso y Lesotho	2
2003	Botswana y Tchad	2
2004	Gabón, Nauru, Sierra Leona, Tanzania y Timor Leste	5
Total		29

Fuente: Base de Datos Unidad Central de Cooperación Médica.

Además de las acciones habituales, dentro del Programa Integral de Salud se desarrollaron programas especiales con proyección comunitaria de gran repercusión social en este período, los cuales se relacionan a continuación.

- Erradicar la oncocercosis en Guatemala
- Control y eliminación de la Malaria en Gambia
- Proyecto de cooperación de lucha contra el VIH-SIDA. (26)

A modo de resumen de este período, se puede afirmar que el mismo se caracterizó por el inicio de Brigadas Médicas, cuya composición fue en su 80% por médicos generales integrales lo que fortaleció en estos países la Atención Primaria de Salud, cuyo objetivo no fue solamente salvar vidas sino mejorar el estado de salud de la población, este alcance se expresó a través de los indicadores básicos, se fortaleció el primer nivel de atención en los países que recibieron la ayuda. Hubo gran incorporación de países al Programa Integral de Salud (PIS), se desarrollaron investigaciones conjuntas en salud, con su expresión máxima en las jornadas científicas y fórum de ciencia y técnica y se inició el proceso de registro de datos primarios con el envío de la información estadística procedentes de las misiones.

Por otra parte, a nivel nacional se potenció un movimiento de apoyo y reconocimiento a esta labor con la creación de comisiones de trabajo para la atención de los

colaboradores y sus familiares en las misiones y en Cuba, desarrollo de programas de superación técnica e idiomática de los colaboradores en sus respectivos territorios y el inicio de los sistemas de estimulación económica y moral a los colaboradores.

En el 2003, se produce un evento trascendental que incide en la cooperación, el Triunfo de la Revolución Bolivariana con gran impulso a las misiones sociales, comienza entonces la Misión Barrio Adentro, como programa especial, de gran prioridad para Cuba tanto en el ámbito político, económico como social, el cual tuvo como antecedente al Programa Integral de Salud, el cual se inicia a punto de partida de una catástrofe en el Estado de Vargas.

II. Desarrollo y consolidación del programa. (2005-2009)

Esta etapa es considerada en el PIS como la de mayor solidaridad, económicamente sustentable para los países y con una ampliación de la cobertura médica prácticamente a todas las regiones dentro de los países. Se comienzan a enviar nuevas especialidades que complementan el trabajo en la Atención Primaria de Salud, ejemplos: Epidemiología, Nefrología, Fisiatría, Neurología, entre otras, que fueron a fortalecer el trabajo que se realizaba con anterioridad. (27)

Además, se establecieron áreas prioritarias, en las que se encuentran: Atención integral a la salud en el nivel primario y secundario, asistencia técnica, formación y capacitación de recursos humanos en el servicio, desarrollo de programas de salud, gerencia de programas de medicamentos, transferencia de tecnologías, desarrollo de la electromedicina y asesorías a nivel de los Ministerios de Salud en la implementación de estrategias de salud. (15, 24, 25)

La formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en los sectores sociales y sanitarios constituyeron un componente preciso para el desarrollo sostenible de la sociedad.

Se apreció un importante reconocimiento a nivel internacional del trabajo de las brigadas médicas cubanas, que potenció las relaciones políticas entre Cuba y otros países, ejemplo en Honduras a través de la diplomacia realizada por los médicos se abrió una sede diplomática. (28)

Como parte de la implementación y desarrollo del programa se establecieron por el Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Relaciones Exteriores bases organizativas del mismo:

1. Cada misión tiene un Jefe de Brigada Médica a nivel del país, el cual es nombrado por comisión de cuadros y representa al Ministro de Salud de Cuba en los países.
2. Para desarrollar el trabajo posee medios como: computadora, teléfono y transporte.
3. La Unidad de Central de Cooperación Médica garantiza un presupuesto teniendo en cuenta el número de colaboradores y la complejidad de la actividad que realiza la brigada, así como los costos de vida de cada uno de los países.
4. Se realizarán de forma mensual visitas a los colaboradores como parte de la atención y de los objetivos de trabajo.

5. La Brigada Médica Cubana cuenta con un consejo de dirección que está compuesto por los jefes de regiones y jefe del grupo de trabajo del PCC.
6. El trabajo del partido también está organizado por núcleos en cada una de las regiones o distritos, en correspondencia con las estructuras administrativas para trabajar y enfrentar de conjuntos las tareas dentro de la BMC.

Se implementó y desarrolló un sistema de partes informativos tales como: estadístico, ejecutivo, económico, epidemiológico y docente. (29)

En este periodo el Comandante Fidel insistió en la capacitación de los profesionales de la salud, su enfoque se centró en que durante el periodo de misión no fuera solamente de trabajo asistencial, sino concebía una extensión de la preparación de ese profesional, con la continuidad de estudios de grado. En el año 2005 comienzan las maestrías en el exterior. La intención fue precisamente que el capital humano se mantuviera actualizado y no perdiera su valor científico. (30)

En esta etapa se iniciaron en el Programa 25 países y se caracterizó por la incorporación de otros que tenían modalidad de cooperación compensada como: San Vicente, Djibouti, Sao Tomé y Príncipe, Seychelles, Ucrania, Etiopía y Perú.

De gran relevancia e impacto político fue la apertura de nuevas misiones en las Islas del Pacífico, lo cual sin lugar a duda constituye un verdadero ejemplo de diplomacia en salud, pues la presencia cubana contribuyó a difundir información sobre Cuba y la labor solidaria que realizan los profesionales de la salud a nivel internacional. ([Tabla 2](#))

Tabla 2. Distribución de países del PIS según año de incorporación.

2005	Bolivia, Dominica, Guinea Bissau, Guinea Conackry, Guyana, Rwanda y Swazilandia	7
2006	Kiribati, San Vicente y Santa Lucía	3
2007	Djibouti, Etiopía, Nicaragua, Surinam y Ucrania	5
2008	Salomón, Vanuatu, Tuvalu, Perú, Congo y Laos	6
2009	Sao Tomé, Seychelles, Nauru, El Salvador	4
Total		25

Fuente: Base de Datos Unidad Central de Cooperación Médica.

También se desarrollaron, proyectos de intervención comunitaria que contribuyeron a mejorar la calidad de los servicios prestados por las brigadas cubanas en los países, a través de investigaciones:

- Proyecto para la eliminación del Gusano de Guinea en Ghana.
- Proyectos comunitarios en Honduras «abordaje integral comunitario» Mosquitia, Ciriboya e Intibucá. (31)

Características fundamentales de esta etapa:

- Descentralización de los estudiantes de la Escuela Latinoamericana en 5to y 6to año antes de finalizar sus estudios insertándose en las misiones médicas, convirtiéndose en Brigadas Médicas docentes.
- Inicio de la residencia de Medicina General Integral en los países (Haití, Guatemala, Honduras, Djibouti), apoyados por las Brigadas Médicas Cubanas.
- Desarrollo del Nuevo programa de formación de médicos en Gambia.
- Desarrollo de maestrías para los colaboradores en los países y envío de computadoras y medios audiovisuales para su implementación.
- Apertura y donación de centros diagnósticos especializados. (Guyana, Sierra Leona)
- Apoyo al desarrollo de otros programas, como la Operación Milagro y el Estudio de Discapacidad, lo que contribuyó a los resultados de los mismos.
- Perfeccionamiento y consolidación del Sistema de Información estadística para las misiones médicas cubanas.
- Desarrollo de proyectos de intervención comunitaria (Ciriboya, Tawakkas, Intubucá, Honduras).
- Uso racional de los recursos humanos a través del análisis de la productividad de estos, por especialidades.
- Formación de técnicos en Guatemala y Honduras.
- Diversificación del Programa con la incorporación de países que pertenecían a otras modalidades de cooperación. ⁽¹⁸⁾

III. Redimensionamiento del programa. (2010)

En este periodo la situación económica del país se afectó severamente, en correspondencia con la crisis financiera mundial a nivel internacional, los embates de tres huracanes que significó una pérdida de 10 mil millones de dólares a la economía nacional, sumado a ello el bloqueo económico mantenido por más de 50 años que implica más de 96 mil millones de dólares.

Se lleva a cabo una evaluación del costo económico de cada una de las actividades del Sistema Nacional de Salud, dentro de ellas; la colaboración. El Programa Integral de Salud no quedó exento, además la necesidad de buscar nuevas formas de ingresos económicos al país, sin afectar las relaciones históricas y de trabajo que se establecieron con los países. Se comienza así, un proceso de perfeccionamiento y análisis, fundamentado en el redimensionamiento de los recursos humanos y financieros, esto permitió sentar bases para nuevas propuestas económicas sin perder la esencia inicial para lo cual se concibió el programa.

Principales características de esta etapa:

- Reorganizar, compactar y regionalizar los servicios médicos que brindan las brigadas médicas, sin dejar de brindar el apoyo solidario, en correspondencia con el proceso que se llevaba en el Sistema Nacional de Salud con la reorganización de los servicios.
- La propuesta realizada por la Unidad Central de Cooperación Médica se trabajó en dos vertientes: la optimización de los recursos y la disminución de los gastos por la parte cubana.
- El estudio realizado por la UCCM en ese mismo año arrojó como resultados que el 85,2% de la colaboración médica cubana realiza aportes económicos al país y solo el 14,8% representa ayuda solidaria. Para llevar a cabo este proceso se realizaron acciones a implementar por las brigadas médicas.

- Se estudió la productividad de las especialidades de poca disponibilidad en el país (anestesia, cirugía, ortopedia, ginecología, neonatología, entre otras) que se encuentran en las brigadas médicas, se negoció con la contraparte la cancelación en aquellas posiciones donde no se emplearan eficientemente. Además, se revisó la composición para hacer ajustes sin afectar servicios ya consolidados (Bolivia y Haití).
- Se negoció con los gobiernos y autoridades sanitarias en los países, la posibilidad de asumir pagos por estipendio y estimulación al colaborador que son asumidos por Cuba, bajo el principio de solidaridad.
- Se sustituyó, donde fue factible, a los especialistas en anestesia, radiología y fisiatría, por tecnólogos y licenciados de estos perfiles.
- Se revisó en los países donde se imparte docencia y asistencia, que un mismo profesional pueda asumir ambas actividades.
- Se analizó con los gobiernos de los países donde existan graduados de la ELAM y brigada médica, que estos egresados cubrieran las posiciones de la brigada, lo cual daría cumplimiento a uno de los objetivos del Programa Integral de Salud en su concepción: su continuidad y sostenibilidad.
- Se exploró en todos los servicios donde se laboran profesionales cubanos, como se comporta la cooperación de otras nacionales que permita disminuir la presencia cubana.
- Se brindó asesoría temporal a las autoridades de salud que la solicitaron, con el propósito de optimizar recursos con que cuenta el país y se reduce así el número de plazas de la brigada médica cubana.
- Se revisaron acuerdos firmados por el Programa y solicitar a la contraparte el cumplimiento del pago de legalización de documentos, viáticos y visas en embajadas, gastos que hoy son asumidos por Cuba.

Todas estas acciones se comenzaron a implementar durante el 2010 y aún en fase de negociación en el 2011.

Desde 1998 hasta diciembre del 2010 se colabora en 76 países. Se trabajó en la creación y desarrollo de 20 facultades de Medicina en el exterior y se forman con el apoyo de Cuba, alrededor de 500 estudiantes de medicina en 10 naciones. (32)

Con esta investigación se evidencia que la colaboración médica cubana desde sus inicios es parte del sistema Nacional de Salud y de la política exterior del país, por lo que todos los procesos o eventos que incidan en el desarrollo nacional repercuten directamente sobre ella, el Programa Integral de Salud desde su concepción ha sido un digno ejemplo de solidaridad y altruismo, su concepción, estructura y organización lo hacen un «sistema» compuesto por varios elementos y estrechamente unidos entre sí, que le han permitido sobrellevar todos los desafíos nacionales e internacionales durante este periodo, adaptarse a ellos y transformarse dialécticamente, teniendo como centro de todo este proceso al ser humano y el derecho a la salud.

“Nuestra misión es crear una doctrina con relación a la salud humana, demostrar un ejemplo de lo que puede hacerse en ese campo que es, desde luego, el más sensible para cualquier persona en el mundo. El médico tiene en sus manos la vida y la salud de las personas.”

Fidel Castro Ruz, 20 de agosto de 1999

CONCLUSIONES

La concepción, evolución y desarrollo del Programa Integral de Salud tiene como base el pensamiento político y filosófico del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz.

El Programa Integral de Salud de Cuba alcanza un notable impacto social y económico. 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 contribuye a fortalecer la infraestructura de salud de los países beneficiados y son los elementos que le permiten adecuarse al contexto actual.

Los resultados y el reconocimiento internacional del alcance del Programa Integral de Salud constituyen la base para otras modalidades de cooperación con alcance a nivel subregional y regional, tales como la Operación Milagro, Estudio de Discapacidad y el Programa Especial Barrio Adentro.

RECOMENDACIONES

Promover el análisis de la viabilidad del programa, a través de investigaciones capaces de definir y evaluar indicadores de impacto técnico y económico que permitan perfeccionar las estrategias y acciones para mejorar el programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gill Walt and Kent Buss. Partnership and fragmentation in the international health treat or opportunity. Tropical Medicine and International Health. Volume 5 no 7 pp467-471. July 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas.[CD-ROM].Washington DC: OPS; 2002.
3. Fidler, D., Health and Foreign Policy: A Conceptual Overview. The Nuffield Trust, 2005.
4. Organización Naciones Unidas. [Internet] Declaración Universal Derechos Humanos.50 Aniversario: Naciones Unidas; 2003[citado 26 de nov 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
5. Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2010. Secretaría general Iberoamericana. Estudios SEGIB.
6. Delgado García G. Temas y personalidades de la historia de la medicina cubana. Cuad. Hist. Sal. Púb. No. 72. Ciudad Habana, Cuba, 1987.
7. Delgado García G. Conferencias de Historia de la Salud Pública en Cuba. Cuad. Hist. Sal. Púb. No. 81. Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 1996.

8. Rojas Ochoa Francisco. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2011 Sep 26]; 31(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es
9. Rojas Ochoa Francisco. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2011 Sep 26]; 29(2): 157-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es
10. Rojas Ochoa, F. Salud Pública. Medicina Social. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2009.
11. Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en la clausura del XII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, efectuada en el Palacio de las Convenciones el día 21 de noviembre de 1998.
12. Castro Ruz, F. Discurso pronunciado por el comandante Fidel Castro Ruz, Primer Secretario de la Dirección Nacional de las Ori y Primer Ministro del Gobierno Revolucionario, en la apertura del Instituto de Ciencias Básicas y Pre clínicas "Victoria de Girón", en Marianao, el 17 de octubre de 1962.
13. 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>
14. Torre Montejo. E., et al. Salud para todos si es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social. Solidaridad en Salud. p. 239-281. 2005.
15. Marimón Torres N. La colaboración Médica Cubana en el siglo XXI: Una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau. [tesis] Escuela Nacional de Salud Pública; 2006.
16. Jova Casañas R. y col. La asistencia médica cubana en los desastres naturales. Trabajo presentado en la convención de salud. Palacio de Convenciones. La Habana, 4 de Mayo 2002.
17. Castro Ruz, F. Discurso pronunciado en el Aula Magna de la Universidad Central de Venezuela, el 3 de febrero de 1999.
18. Castro Ruz, F. Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Teatro "Carlos Marx", 20 de agosto de 2005.
19. Informes de Archivos 1998-2011.Unidad Central de Cooperación Médica.
20. Castro Ruz F. Discurso Pronunciado en el acto conmemorativo del Aniversario 40 del Instituto de Ciencias Básicas y Pre clínicas Victoria de Girón. [Internet]; 17 de oct 2002 [citado 26 de nov 2010]. Disponible en: http://www.cuba.cu/gobierno/_discursos/

21. Castro Ruz, F. Intervención en la Primera Sesión de Trabajo de la Cumbre de la AEC. Santo Domingo, República Dominicana, el 17 de abril de 1999.
22. Jiménez EY. Globalizando solidaridad. Ediciones MINREX. Publicación anual, 2005.
23. UCCM. Informes de Reuniones de Jefes de Misiones Médicas, 2000-2011.
24. Programa Integral de Salud para Latinoamérica, El Caribe, África y Asia. Departamento de Cooperación Internacional, MINREX; 2005.
25. Marimón N, Bagarotti R. Colaboración Médica un Reto. Trabajo presentado en la Convención de Salud, Palacio de las Convenciones, la Habana (Cuba); 4 de Mayo de 2002.
26. Castro Ruz, F. Respuesta del Presidente de la República de Cuba a las declaraciones del Gobierno de los Estados Unidos sobre armas biológicas. 10 de mayo del 2002.
27. Gorry, C. Cuban Health Cooperation Turns 45. Medicc Review Journal of Cuban Health and Medicine. Vol 10-No. 3, p- 44. Summer 2008.
28. Castro Ruz, F. Reitera el Presidente Fidel Castro Ruz ofrecimiento de ayuda médica al pueblo de Estados Unidos en el programa televisivo Mesa redonda, el 2 de septiembre de 2005.
29. Carpeta Metodológica de Colaboración Médica. MINSAP. La Habana. Diciembre, 1998.
30. Castro Ruz, F. Discurso pronunciado por el Presidente de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, en el acto por el Día Internacional de los Trabajadores, efectuado en la Plaza de la Revolución, el 1º de mayo de 2003.
31. Colectivo de autores. La cooperación Médica cubana con Honduras. Aniversario XII., Op.cit.,p 16-18. Tegucigalpa, Honduras. Octubre 2010.
32. Unidad central de Cooperación Médica. Reunión de Jefes de Misiones julio, 2011. [CD-ROOM]