

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

---

SERIE  
DESARROLLO DE LA REPRESENTACION  
OPS/OMS EN CUBA  
"COOPERACION CIENTIFICO-TECNICA"  
No. 8, 1993

---

Enfoque Estratégico y Operativo  
para el bienio 1992-1993  
para la Cooperación Científico-Técnica  
OPS/OMS en Cuba

Ciudad de La Habana, Cuba  
Marzo, 1993

**Dr. Miguel Márquez**  
**Representante OPS/OMS en Cuba**

**Dr. Gabriel Montalvo**  
**Consultor Nacional OPS/OMS en Cuba**

**Dr. Julio Suárez**  
**Consultor Nacional OPS/OMS en Cuba**

**Diseño y Edición**  
**Liliana Jiménez Vázquez**

# CONTENIDO

## I) INTRODUCCION

## II) CONTEXTO:

### 2.1 Situación Internacional

### 2.2 Situación Nacional

#### 2.2.1 Situación de Salud

## III) ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS DE LA OPS EN EL CUADRIENIO 1991-1994 Y SU SENTIDO PARA CUBA

### 3.1 Aspectos Generales

### 3.2 Desafios

### 3.3 Orientaciones Estratégicas

### 3.4 Prioridades Programáticas

## IV) COOPERACION DE LA OPS/OMS EN CUBA 1992-1993

### 4.1 Evaluación de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Cuba 1988-1991

### 4.2 Los APB de Cuba para 1992 y 1993

## V) RESPUESTA DE LA REPRESENTACION DE OPS/OMS EN CUBA

### 5.1 Enfoque General

### 5.2 El Modelo Operativo de la Cooperación

### 5.3 El Modelo Funcional

## VI) PROCESOS CLAVES Y ASPECTOS OPERATIVOS

## VII) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

## I) INTRODUCCION

En 1989, se inició un proceso de reflexión y análisis entre la Representación de la OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), del que resultaron líneas estratégicas para la cooperación técnica en el bienio 1990-1991. (1).

En 1992 se consideró oportuno definir si la organización estructural y funcional del área técnica de la Representación favorecía una participación activa, creadora y estimulante para nuevos enfoques en el proceso de cooperación. Fue así, que, en el primer trimestre se cumplieron reuniones de trabajo del equipo de cooperación técnica de la Representación y funcionarios del MINSAP, en que se intercambiaron ideas sobre la mejor forma de distribuir las esferas de competencia y atención de los consultores de país en función de las necesidades del país y del desarrollo de la Representación.

El abordaje del problema planteado, estuvo dirigido a contestar dos preguntas principales:

- a) ¿Responde la organización estructural y funcional del área técnica de la Representación a las necesidades concretas del país?.
- b) ¿Favorece la organización actual el desarrollo de los consultores encargados de coordinar la cooperación?.

La respuesta a estas preguntas resultó negativa, lo que determinó que se iniciara un proceso colectivo de análisis de la situación por el equipo técnico de la Representación para la redefinición de tareas y áreas de competencia de los consultores, utilizando fundamentalmente para ello los antecedentes del desarrollo de la cooperación de la OPS/OMS en Cuba (1); las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS/OMS para el Cuadrienio 1991-1994 (2); los resultados de la Evaluación de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Cuba en el período 1988-91 (3); y los Objetivos, Propósitos y Directrices trazados por el país para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 (4).

Este documento es resultado del proceso de análisis antes mencionado. En él se presentan las bases que sustentan el trabajo de cooperación científico-técnica de la Representación de la OPS/OMS en Cuba para el bienio 1992-1993, y se describe el enfoque de gestión y ejecución de la cooperación de OPS/OMS.

## **II) CONTEXTO**

### **2.1 Situación Internacional.**

La situación nacional en 1991 se caracterizó por la profundización de las dificultades, principalmente económicas, surgidas desde finales de 1989 y determinadas esencialmente por la desaparición progresiva del campo socialista europeo cuyo acto final tuvo lugar en fecha reciente con la desaparición de la URSS como país, a lo que se suman las serias limitaciones comerciales y de intercambio científico técnico impuestas durante más de treinta años por el bloqueo de Estados Unidos de América. (5,6).

En 1991, en América Latina y El Caribe se dieron significativos pasos para la integración subregional y regional cuya máxima expresión fueron las Cumbres Iberoamericanas de Jefes de Estado y Gobierno celebradas en Guadalajara, México (7) y en Madrid, España (8). La voluntad integracionista en América Latina y El Caribe, se produce en un contexto caracterizado por dificultades económicas no resueltas y desigualdades sociales que tienden a incrementarse, y una situación política compleja y dinámica de avances y retrocesos hacia la paz, la democracia y la deseada integración (9).

El año 1992 se inició en Cuba con un llamado al máximo ahorro y austeridad, bajo la consideración expresada por la alta dirección del país de que este debe resultar el año más difícil y de mayores restricciones del "Período Especial en Tiempo de Paz", y de que cada recurso debe ser aprovechado al máximo para resistir, y resurgir de esta etapa con un proceso fortalecido y afincado en las reales posibilidades del país, contando para ello principalmente con el potencial humano de científicos, profesionales y técnicos que ha sido sembrado y desarrollado en el devenir del proceso Revolucionario (10).

### **2.2 Situación Nacional.**

La situación nacional en los últimos años, pero con mayor crudeza en 1991 y 1992, se ha caracterizado fundamentalmente por serias dificultades en la economía determinadas por factores bien conocidos y documentados. En 1989 la capacidad de importación fue de 8,100 millones de dólares anuales para decaer en 1992 a 2,200 millones. Al desaparecer las condiciones en que se realizaba el intercambio comercial con la antigua comunidad socialista y la URSS. Cuba perdió más de las tres cuartas partes de su mercado tanto para el suministro de materias primas para las producciones nacionales y de productos para el consumo, como del mercado de sus productos de exportación. Al concluir 1992 el comercio de Cuba con estos países fué de un 7 % del que antes se desarrollaba. A lo anterior se suma el incremento de los precios en el mercado mundial y el decrecimiento en el precio de algunos de los principales productos de exportación del país.

La abrupta crisis económica que sufre el país, se traduce inevitablemente en un deterioro de las condiciones y nivel de vida de la población que se expresa en la escasez de algunos alimentos y medicamentos, el transporte público y los cortes de la energía eléctrica entre otros aspectos altamente sensibles en la vida cotidiana de una población que durante años vivió un mejoramiento progresivo y equitativo de su nivel de vida. Esta situación se hace más compleja por la forma aguda en que se ha instalado la crisis.

Ante esta situación la Dirección del país realiza ingentes esfuerzos para evitar o minimizar el impacto sobre la población del deterioro económico, revitalizar y reorientar la economía de acuerdo con el nuevo contexto mundial y retomar cuanto antes la senda del desarrollo sostenido que se venía construyendo durante tres décadas de Revolución en el poder.

De acuerdo con la situación descrita, el Gobierno se ve obligado a trabajar en la coyuntura, lo que significa tomar decisiones para el corto plazo en condiciones de gran incertidumbre, contando con limitados recursos para satisfacer las necesidades de la población sin abandonar las inversiones necesarias para continuar hacia el desarrollo y realizar todo ello manteniendo los **principios de equidad y justicia social que han caracterizado desde su inicio al proceso Revolucionario Cubano y al sistema social del país.**

### **2.2.1 Situación de salud**

En el campo de la salud se presentan importantes desafíos que deberá enfrentar el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

La evolución de la situación de salud y el desarrollo del SNS determinaron que a principios de 1992 el Ministerio de Salud Pública planteara un cambio importante en la estrategia de salud pública contenida en el documento **"Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 (OPD-2000)**. La nueva estrategia debe ser implementada en circunstancias de "Período Especial en Tiempo de Paz" (PE), con

importantes restricciones de recursos para todos los sectores incluyendo el de la salud y la posible reaparición o agravamiento de problemas de salud provocados por el impacto de la crisis económica en la vida de la población, como es el caso de los trastornos asociados a deficiencias alimentarias y nutricionales.

Los "OPD-2000" definen una estrategia de salud pública sustentada en un desarrollo superior de la promoción de salud y prevención de enfermedades y daños, a la vez que se perfeccionan las acciones de recuperación y rehabilitación. Se trata de mantener lo conquistado, en términos de cobertura y calidad de la atención, y aprovechar el alto desarrollo de las fuerzas productivas del sector para reforzar la movilización y la capacidad del conjunto de la sociedad, en función de transformar los estilos de vida y las condiciones de vida de diferentes sectores de la población.

Elementos claves de la nueva estrategia son el fortalecimiento del nivel local, la intersectorialidad, la participación comunitaria y la adopción a todos los niveles del SNS de un nuevo estilo de dirección más ágil, creativo y participativo, dirigido a lograr mayor integralidad en la gestión de salud. El sistema de salud de Cuba descansa en un contingente de **Médicos y Enfermeras de Familias** que atienden actualmente cerca del 80 % de la población del país. Estos equipos están llamados a desempeñar un rol protagónico en la estrategia de salud del país de acuerdo con la OPD-2000 y las condiciones de PE, por lo que serán actores fundamentales en dicha estrategia.

La evolución del estado de salud de la población cubana en las últimas décadas de acuerdo a las modificaciones en los indicadores de mortalidad y morbilidad, refleja fundamentalmente una ganancia en años de vida de la población; acentuada disminución de las muertes en edades tempranas de la vida, y tendencia al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las muertes violentas, a la vez que disminuye gran parte de las enfermedades transmisibles fundamentalmente las prevenibles por vacunas, tendencia que se refleja a su vez en las principales causas de muerte (11).

Los cambios que se han producido en el estado de salud de la población cubana, están determinados, por las modificaciones que han tenido lugar en las condiciones de vida de la población en los últimos treinta años, presididas por una clara política de eliminar las desigualdades sociales habituales en los países subdesarrollados. Los significativos y conocidos logros alcanzados en educación, servicios de salud, seguridad social, trabajo, deportes, infraestructura social, desarrollo de la ciencia y la técnica, y otras esferas productivas y sociales, proporciona mejoras en las condiciones de vida de los cubanos, siendo quizás lo más sobresaliente la equidad social alcanzada. A su vez las transformaciones en las condiciones de vida han condicionado cambios demográficos que se asocian a los que han tenido lugar en la situación de salud (10).

A continuación relacionaremos algunos datos estadísticos, para ilustrar los mencionados cambios ocurridos en los perfiles de

salud y enfermedad de la población cubana en las últimas tres décadas.

Para el quinquenio 1985-1990, la **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos en Cuba fue de 75,2 años, la mas alta entre los países de América Latina y el Caribe y muy cercana a la de Estados Unidos y Canadá que fue de 75,4 y 76,7 años respectivamente (12). Para ese mismo período se estimó el promedio de esperanza de vida en el conjunto de países latinoamericanos en 66,6 años, y para el Caribe no Latino de 72,4. Según estimados, los hombres cubanos que nazcan en el actual quinquenio 1990-95 deberán vivir como promedio 73,9 años, y las mujeres 77,6.

En 1969, por cada mil niños cubanos nacidos vivos morían 46,7 antes de cumplir un año de edad. En 1990 la mortalidad infantil en Cuba fue de 10,7 por cada 1 000 NV, cifra cuatro veces menor a 1970, la más baja de América Latina, y muy cercana a la de Estados Unidos y Canadá que en ese mismo año fué de 9 y 7 por 1 000 NV respectivamente (13).

En ese mismo período la **mortalidad en niños menores de cinco años** (TMM5) pasó en Cuba de 53,6 por 1 000 NV en 1969, a 13,2 en 1990 (3). Según estadísticas ofrecidas por UNICEF, en 1990 la TMM5 en Costa Rica fue de 22 por 1 000 NV, y la de Jamaica 20 siendo estos dos los países de América Latina y el Caribe con tasas más cercanas a la de Cuba, mientras que Estados Unidos lograba 11, y Canadá 9 por 1 000 NV (13). UNICEF considera que la TMM5 es el indicador más sensible y adecuado para medir el estado de salud de la mayoría de la población infantil, e indirectamente de toda la población, y por tanto lo ha elegido como el indicador individual mas representativo del estado de la infancia, y del desarrollo humano (13).

Según la propia fuente, la velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 medida por el cálculo de la tasa de reducción anual (TMRA) para el decenio 1980-1990, fue de 5,8% en Cuba, 3,4% en Costa Rica, 3,1% en Estados Unidos, y 3,7% en Canadá. Solo 9 países en todo el mundo: Portugal 6,6%, Grecia 7,4%, Italia 5,9%, Austria 6,4%, Japón 6,1%, Hong Kong 7,6%, Irán 6,6%, Omán 8,1% y Egipto 7,0%, redujeron la TMM5 a un ritmo superior al de Cuba en ese decenio, mientras que otros dos países, Kuwait y Singapur lograban tasas de 5,8% idénticas a la de Cuba (13).

Entre 1970 y 1990, la tasa de **mortalidad materna** pasó de 7 a 3,1 por 10 000 NV (10). No obstante, la mejoría lograda en este indicador, que es inferior al de la gran mayoría de los países de América Latina, aún resulta elevado para las condiciones de Cuba. Por ejemplo, Costa Rica tenía en 1988 una tasa de mortalidad materna de 1,8 por 10 000 NV, Canadá 0,5 en ese mismo año, y Estados Unidos 0,7 en 1987 (12).



TABLA NO. 1  
TASAS DE MORTALIDAD TIPIFICADAS SEGUN PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION. CUBA. TRIENIOS 1963-65, 1972-74, 1982-84, 1987-89 \*

CAUSAS **	TRIENIOS			
	63-65	72-74	82-84	87-89
ENFERMEDADES DEL CORAZON	205,2	196,2	170,2	170,1
TUMORES MALIGNOS	130,8	122,6	113,4	113,7
MUERTES VIOLENTAS	52,3	60,0	67,7	73,4
ENF. CEREBROVASCULARES	90,9	71,1	57,6	57,7
INFLUENZA Y NEUMONIA	35,7	45,2	37,8	27,5
DIABETES MELLITUS	17,2	12,6	13,1	18,1
AFECCIONES PERINATALES	24,3	21,2	12,2	8,8
ANOMALIAS CONGENITAS	8,6	9,4	8,4	8,2
BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	8,3	14,1	7,5	9,1
ENF. DEL APARATO URINARIO	21,1	10,8	6,8	6,3
ENTERITIS	19,2	6,6	3,6	2,8
TUBERCULOSIS	19,1	4,7	0,9	0,5
TOTAL ***	7,7	6,8	5,9	5,0

Tipificada por el método directo tomando como población tipo la de 1983

\* Fuente: Informe anual del MINSAP, 1990

\*\* Tasa por 100 000 habitantes

\*\*\* Tasa por 1 000 habitantes

La evolución de la mortalidad por trienios para todas las edades según las principales causas de muerte aparece en la **Tabla 1**. Resaltan las altas tasas de mortalidad por **enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares**. Se puede apreciar una disminución de las tasas tipificadas de mortalidad por estas causas al comparar los trienios 1963-65 y 1982-84, sin embargo, resalta el hecho de que en la década de los "ochenta", las tasas de mortalidad por estas tres causas prácticamente no variaron. Por otro lado se observa un claro incremento de la mortalidad por **causas violentas** en el período analizado. Un hecho significativo es la gran reducción de la mortalidad por **enteritis y tuberculosis** entre el primero y el último trienio, dejando de pertenecer al grupo de las diez primeras causas de muerte. En relación con esto último, entre 1970 y 1990 la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias pasó de representar el 7,2 %, al 1,5 % del total de defunciones (10).

El análisis de la morbilidad refleja también una evolución hacia la mayor prevalencia e incidencia de las llamadas **enfermedades crónicas no transmisibles** en relación con las infecciosas. Sin embargo, es necesario señalar en relación con estas últimas que en la década de los "ochenta" se produjo un significativo incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las enfermedades prevenibles por vacunas han sido erradicadas o controladas en su gran mayoría. En la **tabla 2** se puede apreciar el comportamiento de un grupo de enfermedades transmisibles entre 1970 y 1990.

Una idea aproximada del comportamiento de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, se obtiene de la revisión de las cifras de dispensarización de algunas de ellas. En 1989, las tasas de prevalencia según dispensarización, de hipertensión arterial, diabetes mellitus, y asma bronquial, fueron de 41,5, 15,2, y 23,9 por 1 000 habitantes en la población total, y de 62,0, 17,2, y 42,8 en población atendida por médicos de familia respectivamente (10). Las diferencias entre la población atendida por médicos de familia y la población general, se explican por la mayor capacidad de pesquizaje del nuevo sistema de atención.

Según una información presentada por la Dirección de Epidemiología del MINSAP en Noviembre de 1991 durante la realización del ejercicio de evaluación de la cooperación técnica de la OPS/OMS con Cuba para el período 1988-1991, desde 1986 hasta esa fecha se habían realizado en Cuba 11 226 891 pruebas para detectar el VIH, lográndose identificar 677 portadores del virus para un índice de seropositividad de 0,006 %, existían 25 personas enfermas de SIDA, y habían fallecido 58.

Hasta principios del mes de marzo del presente año, no se había detectado la entrada del cólera en el país (14). Las autoridades sanitarias han estructurado un sistema de vigilancia que cubre todo el territorio nacional para detectar de inmediato la entrada del germen, y activar el plan de respuesta que incluye a los servicios de salud y a otros sectores sociales implicados en el control y eliminación lo antes posible de la epidemia (14).

TABLA NO 2  
 INCIDENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA.  
 CUBA 1970, 1980, 1989, 1990. \*

ENFERMEDAD **	1970	1980	1989	1990
FIEBRE TIFOIDEA	4,9	1,0	0,5	0,6
TUBERCULOSIS	30,5	11,6	5,5	5,1
LEPRA	4,0	3,1	2,9	2,9
DIFTERIA	0,1	0,0	0,0	0,0
TOS FERINA	13,9	1,3	0,7	0,2
TETANOS	2,6	0,3	0,1	0,0
SARAMPION	104,2	38,9	0,1	0,2
RABIA HUMANA	0,0	0,0	0,0	0,0
MENINGITIS MENINGOCOCCICA	0,5	4,4	3,8	2,8
BLENORRAGIA	2,8	168,4	381,9	336,8
SIFILIS	7,2	44,7	82,2	86,8
POLIOMIELITIS	0,0	0,0	0,0	0,0
RUBEOLA	12,5	31,0	1,8	0,2
PAROTIDITIS	32,9	318,2	0,6	0,4

\* Fuente: Informe anual del MINSAP 1990

\*\* Casos notificados por 100 000 habitantes

En relación con algunos **factores de riesgo**, estudios parciales realizados en la Ciudad de la Habana mostraron **cifras de colesterol** elevadas entre el 22 % y el 33 % de una muestra de niños, y en otro estudio en mujeres con edad promedio de 24,9 años y hombres con edad promedio de 28,5 años, se encontraron cifras elevadas de colesterol en el 15,2 % de las mujeres, y el 15,5 % de los hombres. Las investigaciones sobre **tabaquismo** mostraron que en 1989 el 37,5 % de los cubanos era fumador. Por otra parte, de acuerdo con los datos disponibles el consumo anual per cápita de **alcohol** creció de 2,6 lt. en 1982, a 3 lt en 1988 (3).

Hasta aquí, algunas cifras que ofrecen una visión general de la situación de salud del país. Como expresamos al comienzo de este acápite, los favorables cambios que se han operado en la situación de salud son el resultado de las transformaciones sociales ocurridas en el país, destacándose una **permanente voluntad política de mejorar las condiciones de vida de la población, y entre estas de modo destacado la oferta de servicios de salud**. A lo largo del pe-

río do revolucionario importantes recursos de todo tipo han sido dedicados al desarrollo de los servicios de salud, esfera que ha recibido atención prioritaria por parte del Estado, del Gobierno, y de las Organizaciones Populares, Sindicales y Estudiantiles, entre las que se destacan por su contribución la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y los Comités de Defensa de la Revolución (CDR).

Como resultado de los esfuerzos realizados, a pesar de ser Cuba un país subdesarrollado, se cuenta desde los años sesenta con una cobertura total de la población con servicios de salud de alta calidad. Se ha logrado un incremento constante de la accesibilidad a los servicios y de la calidad de la atención, así como la aplicación masiva de medidas preventivas como la vacunación y la detección precoz de enfermedades, y se han introducido tecnologías de avanzada al alcance de toda la población entre otras.

La introducción del **"Modelo del Médico y Enfermera de Familia"**, como célula fundamental del Sistema Nacional de Salud, es uno de los hechos más relevantes que se han producido en la salud pública cubana en los últimos años. Con la extensión masiva del modelo a todo el país, se pretende garantizar una atención integral a la salud de la población a cargo de cada equipo del médico y la enfermera, dando prioridad a las acciones de promoción de salud y prevención, además de cumplir tareas curativas y de rehabilitación de acuerdo a su nivel de actuación. Estos equipos actúan tanto en la comunidad como en escuelas, círculos infantiles, industrias y otros centros laborales. Según información brindada a principios del presente año, el 70 % de la población del país está atendida por el Programa (15).

La prioridad otorgada a la salud ha favorecido el desarrollo científico técnico en ramas vinculadas a la salud y se han alcanzado relevantes logros tecnológicos en esta esfera, entre los que se puede mencionar por su importancia la producción de diversas **vacunas, medicamentos, y equipos de uso médico de alta tecnología**. Este es uno de los resultados mas relevantes de la **inversión** que el país ha realizado **en el campo de la salud** en los últimos treinta años y de hecho convierte al sector de la Industria Médico Farmacéutica y la Biotecnología, en una **rama productiva** de gran importancia que integra junto al programa alimentario y el turismo, la trilogía de prioridades estratégicas para el desarrollo en los próximos años (16). La **conversión en esfera productiva del sector salud** se da también en la comercialización de servicios en distintas especialidades a través del **turismo de salud, la construcción de hospitales, y el mantenimiento constructivo** y de equipos médicos entre otras posibilidades.

La situación descrita implica importantes retos para la Representación de la OPS/OMS en Cuba, por ser el país la **"unidad básica para generación, coordinación, ejecución y evaluación de la cooperación científico técnica de la OPS en el país"** (1).

### III) ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS DE LA OPS EN EL CUADRIENIO 1991-94 Y SU SENTIDO PARA CUBA

#### 3.1 Aspectos Generales

Las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas (OEPP) de la OPS para el Cuadrienio 1991-1994, son la culminación de un proceso de consultas con todos los países Miembros de la Organización. El documento contentivo de las OEPP fue aprobado por la Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, el 27 de septiembre de 1990 (2). En esta forma fue adoptado el documento como **Marco Básico para la Planificación Estratégica de la Organización en el período señalado**. Las orientaciones actuales tienen su antecedente en el documento Orientación y Prioridades Programáticas para la OPS en el Cuadrienio 1987-1990, que contiene las bases que guiaron el accionar de la Organización y brindaron un coherente marco de referencia para la cooperación en esos años (17).

En las OEPP/1991-1994 se define la continuidad de las ideas globales, líneas directrices, y áreas prioritarias contenidas en las aprobadas en 1986, señalándose que **las OEPP para el período 1991-1994 son en esencia la continuación renovada del quehacer encomendado a la Institución cuatro años antes**, inserta en el marco del Octavo Programa General de Trabajo de la OMS para el período 1990-1995 (18).

Es así que el **"desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud"** mediante el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), **"la atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables, con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud"**, mediante la identificación de grupos de alto riesgo y el desarrollo de acciones encaminadas a reducir los problemas prioritarios que estos enfrentan, y **"el proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores"**, mediante la estimulación del ciclo de producción, recolección, análisis crítico y aplicación del conocimiento, mantienen su vigencia como áreas prioritarias para la cooperación en los próximos cuatro años.

Sin embargo, en el Documento, se señala claramente que en el próximo período se debe prestar mucha más atención que en el pasado a las relaciones entre **desarrollo y salud**, de forma tal que se ponga de relieve la **"contribución que la salud puede hacer al proceso de construcción de un desarrollo sostenido que privilegie la atención a las necesidades humanas esenciales de los pobladores del Continente. Ello implica impulsar nuevas formas de actuación del sector y redefinir sus relaciones con otros sectores de la actividad productiva y social"**.

Por aludir a un asunto vital para nuestros pueblos, el tema salud y desarrollo deberá resultar un aspecto de importancia central para los países de la Región durante los próximos años, y por tanto deberá estar presente en las políticas y estrategias socioeconómicas que se implementen para enfrentar los grandes retos y dificultades que se derivan de la compleja situación económica y social que hoy viven nuestros países, incluyendo los esfuerzos de integración.

### 3.2 Desafíos

En el proceso de definición de las OEPP para el Cuadrienio 1991-1994 fueron identificados los principales desafíos que se presentan ante los países de América Latina y el Caribe al comenzar la "década de los 90". En el recuadro que presentamos a continuación aparecen estos desafíos según el documento de referencia (2).

#### DESAFIOS PARA LA SALUD Y PARA LA TRANSFORMACION DEL SECTOR EN LA DECADA DE LOS NOVENTA

- ◆ OTORGAR A LA SALUD MAYOR IMPORTANCIA DENTRO DE LAS POLITICAS SOCIALES Y EN EL PROCESO DE DESARROLLO
- ◆ MEJORAR CAPACIDAD DE ANALISIS DE SITUACION E IDENTIFICACION DE GRUPOS DE ALTO RIESGO
- ◆ FORMULAR POLITICAS Y PROGRAMAS QUE PERSIGAN LA EQUIDAD EN SALUD Y ABATIR EL DEFICIT CRECIENTE DE COBERTURA DE SERVICIOS
- ◆ CONCENTRAR RECURSOS EN INTERVENCIONES EFICACES CONTRA DAÑOS Y RIESGOS
- ◆ AUMENTAR LA EFICIENCIA DEL SECTOR
- ◆ REDEFINIR LAS FORMAS DE CONDUCCION Y ORGANIZACION DEL SECTOR
- ◆ SUPERAR LOS DESEQUILIBRIOS ENTRE LA FUERZA DE TRABAJO Y LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS

Al estudiar las implicaciones que tienen estos desafíos en la realidad cubana, resulta evidente que el primer y el tercer desafíos referidos a la necesidad de **"otorgar mayor importancia a la salud en las políticas sociales"**, y de **"lograr equidad en salud, y abatir el deficit de cobertura"**, no tienen aplicabilidad.

Particular vigencia tienen los desafíos de **"mejorar la capacidad de análisis de situación"**, y **"aumentar la eficiencia del sector"**, que aparecen reflejados en las prioridades nacionales **"desarrollo del enfoque epidemiológico"**, y **"economía y salud"**, aspectos en los que se ha trabajado en la cooperación de OPS/OMS durante el último bienio, y que se han ratificado como prioritarios para el Cuadrienio 1991-94.

También están presentes en la realidad nacional los desafíos de **"lograr intervenciones eficaces contra daños y riesgos"**, y **"redefinir las formas de conducción y organización del sector"**. Ante el primero deben seguirse promoviendo intervenciones interprogramáticas e intersectoriales sobre los problemas de salud, de forma tal que se produzca un verdadero impacto imposible de lograr por la acción aislada del sector. En relación con el segundo se requiere continuar fortaleciendo el desarrollo de la capacidad de gestión sectorial, con énfasis en los niveles intermedio y local.

Con menor relevancia pero presente en la situación nacional, el desafío de **"superar los desequilibrios entre fuerza de trabajo y necesidades de los servicios"**, debe ser atendido en el marco de la cooperación, aunque no aparece como una prioridad.

Para Cuba, que inicia la década de los noventa en lo que se ha denominado **"período especial en tiempo de paz"**, el desafío más importante en el terreno de la salud consiste en **"encontrar la senda para continuar el desarrollo y seguir mejorando las condiciones de vida y salud de la población hacia el 2000"**(4).

Ante este enorme desafío, **mantener y aún perfeccionar los servicios de salud a la población con énfasis en las acciones preventivas, estimular el desarrollo de potentes acciones de promoción de salud por la sociedad en su conjunto, especialmente por los sectores que inciden en la salud, y continuar fortaleciendo el desarrollo científico-técnico del país en las ramas vinculadas a la salud**, constituyen direcciones estratégicas de acción para los próximos años a las que la OPS/OMS deberá destinar la mayor parte de los recursos regulares de la cooperación y dirigir los principales esfuerzos en la entrega de cooperación técnica directa y la movilización de recursos extrapresupuestarios.

### **3.3 Orientaciones Estratégicas**

Ante los desafíos presentes en la realidad regional, la Organización Panamericana de la Salud ha dado respuesta con una serie de **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas** que se complementan, interactúan y potencian, como se expresa en el documento al que nos hemos referido. Las Orientaciones Estratégicas integran las grandes direcciones del proceso hacia la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Desde nuestra situación "Salud en el Desarrollo", constituye la **Orientación Estratégica Principal** que deberá presidir, orientar e integrar las acciones de cooperación de la OPS/OMS en los próximos años. Esto significa que en el caso de Cuba, salud en el desarrollo deberá ser el eje de la respuesta de la OPS/OMS ante el desafío principal que tienen el país y por tanto la Representación para los próximos años, que se sintetiza en **"encontrar la senda para continuar el desarrollo y seguir mejorando las condiciones de vida y salud de la población"**, aún en las adversas circunstancias actuales (4,9).

**ORIENTACIONES ESTRATEGICAS DE LA OPS  
PARA EL CUADRIENIO 1991-1994**

- ◆ LA SALUD EN EL DESARROLLO
- ◆ REORGANIZACION DEL SECTOR SALUD
- ◆ FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD
- ◆ INCORPORACION DEL POTENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
- ◆ ORIENTACION DEL FINANCIAMIENTO EXTERNO HACIA LA REORGANIZACION DEL SECTOR
- ◆ FOCALIZACION DE ACCIONES EN GRUPOS DE ALTO RIESGO
- ◆ PROMOCION DE LA SALUD
- ◆ UTILIZACION DE LA COMUNICACION SOCIAL EN SALUD
- ◆ INTEGRACION DE LA MUJER EN LA SALUD Y EL DESARROLLO
- ◆ ADMINISTRACION DEL CONOCIMIENTO
- ◆ MOVILIZACION DE RECURSOS
- ◆ COOPERACION ENTRE PAÍSES

La condición de **Orientación Estratégica Principal** para la cooperación que otorgamos a **Salud en el Desarrollo**, se deriva de la forma globalizadora en que interpretamos y asumimos estas dos categorías sociales, de las íntimas relaciones que se establecen entre el desarrollo de la salud y el desarrollo humano, y de la



estrecha interdependencia entre estos dos fenómenos, a los que no es posible concebir aislados sin renunciar a sus componentes esenciales:

- ◆ **Presidir en calidad de eje estratégico principal el conjunto de acciones de cooperación, expresa la necesidad de que en la concepción, programación, ejecución y evaluación de dichas acciones, se consideren las implicaciones que estas tienen en relación con la contribución de la salud al desarrollo, y las relaciones mutuamente enriquecedoras entre ambas.**
- ◆ **Orientar las acciones de cooperación significa marcar el rumbo principal que deben llevar las mismas, hacia el que debe confluir todo el proceso de la cooperación técnica en función del desarrollo de la salud de la población en el marco del desarrollo social global.**
- ◆ **Integrar las acciones de cooperación expresa la imprescindible coincidencia de disciplinas, programas regionales y nacionales y sectores sociales alrededor de problemas integrales de salud en su interrelación con el desarrollo humano, mediante proyectos y actividades de cooperación.**

En cuanto al resto de las Orientaciones Estratégicas, todas resultan pertinentes y relevantes para Cuba con excepción del aspecto referido a la **"incorporación de la seguridad social a la reorganización del sector salud"**, que en el caso de Cuba no corresponde y del aspecto de la **"orientación del financiamiento externo hacia la reorganización del sector"**, pues, de lograrse un financiamiento externo hoy inexistente proveniente de las Instituciones Multilaterales de Crédito que operan en la Región, no parece prioritario que este sea dirigido a la reorganización sectorial.

Particularmente relevantes resultan las referidas al **"desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud"**, **"focalización de acciones en grupos de alto riesgo"**, **"promoción de la salud"**, **"administración del conocimiento"**, y **"movilización de recursos"**.

En los últimos años, se han realizado importantes esfuerzos encaminados al **"desarrollo de los sistemas municipales de salud"** entendidos como sistemas locales. El **desarrollo de la capacidad de análisis de situación de salud, de programación, y de administración estratégica**, incluyendo los componentes de **participación comunitaria e intersectorialidad** todo ello teniendo como espacio población de desarrollo el nivel local, deberán seguir recibiendo atención prioritaria en los próximos años. Confluyen en este nivel y en estas líneas de acción en mayor o menor grado todos los programas nacionales de cooperación.

"La promoción de la salud", entendida en el espíritu intersectorial y de connotación positiva de la Carta de Ottawa (19), emerge con fuerza como línea altamente prioritaria de acciones de cooperación en las condiciones cubanas. La intención de las autoridades nacionales de salud, de llegar al año 2000 con mejores indicadores de salud, implica reducir la morbilidad por las enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud asociados a la violencia de cualquier tipo, así como los factores que los condicionan y esto requiere de un decidido abordaje de promoción de salud, intersectorial y participativo, lo que quiere decir integración de distintos actores sociales y esferas diversas de la vida alrededor de objetivos de salud (4).

Para el desarrollo de los servicios en el marco de los sistemas locales de salud (SILOS) y de la promoción de salud, resultan aspectos prioritarios el **desarrollo del enfoque epidemiológico y de las relaciones entre economía y salud**. En este sentido cobra importancia para el país la orientación estratégica de **"focalización de las acciones en grupos de alto riesgo"**. La identificación de estos grupos mediante **discriminaciones mas potentes que muestren las desigualdades existentes** por muy pequeñas que estén sean, permitirá la concentración de las acciones en los grupos de población mas vulnerables con la consiguiente ganancia en eficiencia en la utilización de los recursos, a la vez que se aumenta la eficacia de las acciones.

En las condiciones nacionales actuales, la contribución que pueda hacer la OPS/OMS en Cuba en el campo de la **"Administración del Conocimiento"** reviste un carácter claramente estratégico, teniendo en consideración la alta prioridad otorgada por las instancias superiores del país al **Desarrollo de la Ciencia y la Técnica** (9).

En el caso de Cuba, el problema principal en relación con la **"Movilización de Recursos"** en función de la salud no radica en la movilización de voluntades políticas, ni en la articulación de recursos institucionales públicos y privados, como es el caso de otros países de la Región. Tiene que ver en el **plano interno con la movilización de recursos de otros sectores** en función de objetivos de salud -especialmente en el nivel local-, pero fundamentalmente con la necesidad de **movilizar recursos externos** lo que constituye un aspecto relevante a ser atendido en la cooperación de la OPS/OMS.

En relación con las otras tres Orientaciones Estratégicas, la **"Cooperación Técnica Entre Países"** se ha desarrollado con fuerza en los dos últimos años entre Cuba y varios países de la Región, y se prevé mantener y fortalecer este componente de cooperación en los próximos años. El impulso a la **"Utilización de la Comunicación Social en Salud"**, y a la **"Integración de la Mujer en la Salud y el Desarrollo"**, también forma parte de las acciones prioritarias que se deberán desarrollar en el marco de la cooperación técnica en los próximos años y estas prioridades tendrán espacios relevantes

en los proyectos y actividades de promoción y prevención, y las acciones específicas vinculadas a la estrategia de salud en el desarrollo.

### **3.4 Prioridades Programáticas**

Las Prioridades Programáticas definidas por la OPS/OMS para el Cuadrienio 1991-1994, tienen plena vigencia para la cooperación de la Organización con Cuba y abarcan en general los aspectos mas importantes que se reflejan en la apertura programática del país en 1992 y deberán continuar en el Cuadrienio. Estas prioridades programáticas aportan las líneas fundamentales de acción que se deberán integrar alrededor del eje estratégico principal salud en el desarrollo, con el concurso del resto de las orientaciones estratégicas.

La discusión pormenorizada de cada uno de estas prioridades programáticas y su pertinencia para la cooperación con Cuba. Varias de estas prioridades son el contenido fundamental de los programas de la OPS y la OMS, y como es lógico responden al espectro de estas Organizaciones. Entre estas áreas prioritarias, unas son mas importantes que otras para la cooperación con Cuba, y ello se refleja en la estructura programática del Plan Anual para la Cooperación (APB) del país en 1992 y 1993.

**PRIORIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD**

- ◆ ANALISIS DEL SECTOR Y DE LA ASIGNACION DE RECURSOS
- ◆ FINANCIAMIENTO SECTORIAL
- ◆ GESTION DE LOS SILOS Y PROGRAMACION LOCAL
- ◆ DESARROLLO TECNOLOGICO
- ◆ DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

**PRIORIDADES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD**

- ◆ SALUD Y AMBIENTE
- ◆ ALIMENTACION Y NUTRICION
- ◆ ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO
- ◆ CONTROL Y/O ELIMINACION DE ENFERMEDADES EVITABLES
- ◆ SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO
- ◆ SALUD DE LOS TRABAJADORES
- ◆ FARMACODEPENDENCIA
- ◆ SIDA

#### IV) COOPERACION DE LA OPS/OMS EN CUBA 1992-1993

##### 4.1 Evaluación de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Cuba 1988-1991 y su seguimiento.

En noviembre de 1991, con la realización de un ejercicio conjunto entre la OPS/OMS y las Instituciones ejecutoras de la cooperación en el país, culminó el proceso de evaluación de la Cooperación científico-técnica de la OPS/OMS con Cuba en el período 1988-1991 (3). Entre las recomendaciones particulares surgidas del análisis de cada componente de la cooperación y las recomendaciones generales que contienen los aspectos mas significativos a tener en cuenta en adelante para la cooperación, aparece con especial fuerza y relevancia la necesidad de continuar trabajando por el desarrollo de **enfoques y abordajes integrales de los problemas de salud.**

En el "proceso de evaluación" participaron 80 especialistas nacionales y de la OPS incluyendo las altas autoridades del MINSAP presididas por el Ministro de Salud Pública, y un grupo significativo de Jefes de Programas y otros funcionarios de la OPS: Director del Area de Infraestructura de Servicios de Salud, quien representó al Director de la Organización.

Fueron formuladas en la evaluación un total de 54 recomendaciones específicas entre los seis objetos de estudio abordados y 12 recomendaciones generales que recogen los aspectos mas relevantes y de mayor alcance acordados en la reunión. Estas recomendaciones se concretaron en ideas, líneas de trabajo, proyectos y acciones que presiden la cooperación en los próximos años y se reflejan con especial importancia en la gestión global y particular de la cooperación a través del trabajo de los **Equipos de Coordinación y Funcionales**, y del rendimiento profesional de la Representación en la búsqueda de nuevas fuentes de recursos y su movilización; y en la identificación de nuevas áreas atractivas y sensibles a la cooperación de la OPS/OMS.

La evaluación celebrada en noviembre de 1991 se complementa con el ejercicio de **Seguimiento de las Recomendaciones de la Evaluación** efectuado en octubre de 1992 que se orientó en coherencia con la implementación en todo el país de los **"Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000"** (4).

Por la importancia atribuida a los aportes de la Evaluación para la gestión del MINSAP y de la OPS, tanto en su trabajo conjunto en el marco de la cooperación como en el desarrollo de sus políticas y estrategias, ambas instituciones acordaron la realización del ejercicio de seguimiento, de modo que transcurrido un año de trabajo se pudiera conocer en que medida se estaban cumpliendo e

implementando las recomendaciones, cuales habían resultado de mayor relevancia; cuáles aportaron mejores resultados y cuales no; qué dificultades se habían confrontado en su cumplimiento; qué se hizo y qué se podía hacer para solucionarlas, y, en general, realizar un corte temprano de los procesos en marcha a partir de la evaluación, para obtener una imagen cercana de su desarrollo y propiciar -de ser necesario- que se adoptasen las acciones rectificadoras oportunamente.

El seguimiento de la evaluación, permitió monitorear la marcha de las acciones de cooperación a partir de la evaluación de 1991 y generó un nuevo grupo de recomendaciones.

#### **4.2 Los APB de Cuba para 1992 y 1993.**

Desde el mes de septiembre de 1991 y septiembre de 1992, se iniciaron los procesos conjuntos de trabajo entre el MINSAP y la Representación de la OPS/OMS, que culminó en Diciembre con la propuesta del APB del país para el año 1992 y 1993. En este proceso participaron equipos técnicos de las Areas del MINSAP y del Instituto Nacional de Medicina Veterinaria envueltas en la cooperación, junto al equipo de la Dirección de Relaciones Internacionales (DRI) del MINSAP, que coordinó todo el proceso en íntima comunicación y colaboración con la Representación de la OPS/OMS.

El APB 1992 y el de 1993, se nutrieron de las recomendaciones formuladas en el ejercicio final del proceso de Evaluación de la Cooperación Técnica que culminó en los primeros días de noviembre de 1991, recomendaciones que quedan contenidas en la estrategia global para la cooperación. De esta forma la Evaluación de la Cooperación aportó la materia prima fundamental para la construcción de los APB de Cuba para 1992 y 1993, trabajado participativamente y con amplio consenso de todas las partes involucradas, que es además la continuación de la reorientación de la cooperación que comenzó en 1989 y tuvo su expresión concreta en el APB de 1991.

Los APB de 1992 y 1993 se articulan alrededor de cinco **ejes de acción interprogramática** que son los siguientes:

- ◆ **Sistemas locales de salud y calidad de la atención.**
- ◆ **Enfoque epidemiológico, con énfasis en la promoción.**
- ◆ **Perfeccionamiento del personal de salud, como proceso continuo en los servicios de salud.**
- ◆ **Análisis económico como componente de la gestión de salud en función de la calidad de los servicios.**
- ◆ **Utilización de los resultados de la investigación para el avance armónico del Sistema Nacional de Salud y el desarrollo industrial de nuevas tecnologías, medios de diagnóstico, equipos médicos, y medicamentos.**

Estos **ejes integradores** cruzan horizontalmente los dieciséis proyectos de cooperación que fueron definidos en el país para 1992-93, de acuerdo a las prioridades nacionales y a la estructura de prioridades programáticas de la OPS 1991-1994.

Los **ejes** tienen los propósitos estratégicos de **orientar las acciones** de cooperación hacia las áreas fundamentales para el país, y **fortalecer y desarrollar la integración** entre los programas regionales y nacionales. Lo dicho significa que es posible identificar en cada uno de los proyectos de cooperación que aparecen en la apertura programática de Cuba, componentes y actividades que responden a los ejes integradores. Es así que el **desarrollo del enfoque epidemiológico, de la calidad de la atención en los SILOS, el perfeccionamiento del personal de salud, el análisis económico, y los aspectos científico-técnicos**, no solo serán objeto de cooperación en los proyectos correspondientes a esos aspectos específicos, sino que estarán presentes como "**idea fuerza**" en el resto de los proyectos que a continuación describimos:

Para la Representación de la OPS/OMS, fueron definidas siete líneas prioritarias de trabajo para 1992 y 1993 que son las siguientes:

- ◆ Apoyo técnico en la definición de políticas y estrategias de cooperación con OPS.
- ◆ Identificación de nuevas fuentes de recursos técnicos y financieros para la cooperación, y mejor utilización de los recursos regulares.
- ◆ Impulso a la coordinación de acciones con otras agencias de cooperación, fundamentalmente la de Naciones Unidas.
- ◆ Apoyo al desarrollo de acciones integrales e intersectoriales en salud.
- ◆ Promoción del desarrollo de la evaluación técnica, tanto en los programas del país como en la cooperación de OPS/OMS.
- ◆ Impulso al desarrollo de programas de cooperación técnica multipaís, fundamentalmente en el área de tecnología en salud.
- ◆ Apoyo al desarrollo de estudios de costo, eficiencia y eficacia.

Estas líneas de trabajo definen los objetos de acción en que se emplea la **capacidad técnica de la Representación**, en función del plan general de cooperación y en consecuencia son los ejes estratégicos integradores y las prioridades nacionales.

El APB para 1992 y 1993 resulta así un Documento de trabajo de connotación e intención integradora expresada básicamente por su carácter interprogramático.



**PROGRAMA PRESUPUESTO COOPERACION OPS/OMS EN CUBA  
1992-1993**

CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.
<p><b><u>CUB-MPN</u></b></p>	<p><b><u>Apoyo de gestión para el Desarrollo Nacional de Salud.</u></b></p> <p><b><u>Componente 01</u></b> Desarrollo y ejecución del proceso de gestión política, científico-técnica en cooperación externa.</p> <p><b><u>Componente 02</u></b> Consolidación, capacitación administrativa gerencial en la PWR incluyendo espacio físico.</p> <p><b><u>Componente 03</u></b> Coordinación interagencial y nuevas fuentes de financiamiento externas.</p>	<p>Desarrollar los enfoques de gestión administrativo de la cooperación externa recomendadas en la II Evaluación Conjunta MINSAP-OPS/OMS.</p> <p>Completar la restauración, reestructuración y equipamiento de la Representación.</p> <p>Continuar el trabajo de la dimensión intersectorial e interprogramática.</p>	<p>EUA \$ 222,000</p> <p>( 9,9 %)</p>

CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.
<p><b>92/93</b> <b>CUB-TCC</b></p>	<p><b><u>Cooperación Técnica entre Países.</u></b></p> <p><b><u>Componente 01</u></b> Cooperación Técnica entre Países.</p>	<p>Perfeccionar la programación y ejecución de los proyectos de trabajo con: Belice, Bolivia, Ecuador, Guyana, Rep. Dominicana, Venezuela, Brasil y México.</p> <p>Concretar programas operativos de actividades con Brasil y México.</p> <p>Consolidar la participación de Cuba en el Proyecto multipaís de Tecnología y Salud.</p> <p>Concretar un Programa Multipaís para el fortalecimiento de la Medicina Tropical y otras enfermedades transmisibles en América Latina y el Caribe.</p> <p>Concretar un Programa Operativo de Trabajo en el Area de Mantenimiento de Equipos Médicos con los países interesados de la Región.</p> <p>Perfeccionar la cooperación entre países tomando en consideración la experiencia desde 1989-1992.</p> <p>Iniciar parte de la ejecución de la cartera de Proyectos de Inversión y desarrollo (extra-presupuestario) por áreas programáticas y mediante la cooperación entre países.</p>	<p>EUA \$ 57,000</p> <p>( 2,5 %)</p>

CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.
<b>CUB-HST</b>	<b><u>Evaluación de la situación sanitaria y de sus tendencias.</u></b>	Determinar el estado de salud de la población y su proyección para el año 2000.  Desarrollar el Sistema Nacional de Inform. Estadística.	EUA \$ 76,100  ( 3,4 %)
<b>CUB/HDE</b>	<b><u>Economía y Financiamiento de la Salud.</u></b>	Desarrollar estudios de costo, eficacia y eficiencia para la optimización del uso de los recursos económicos asignados a salud.  Desarrollar la planificación estrategia de la salud pública, con énfasis en el ni-vel local.  Establecer las bases operativas para coordinar las acciones legislativas en materia de salud.	EUA \$ 92,700  ( 4,1 %)
CUB-HDP	<b>Análisis y Desarrollo Políticas de Salud.</b>	Establecer programas interministeriales en los siguientes campos de acción: - Comunicación Social. - Seguridad vial y trabajo - Higiene comunal. - Alimentación y Nutrición. Consolidar la base de datos en legislación y salud.  Desarrollo de la gestión provincial y municipal para los OPD-2000.	EUA \$ 81,000  ( 3,6 %)
<b>CUB/DHS</b>	<b><u>Desarrollo de los Servicios de Salud.</u></b>  <b><u>Componente 01</u></b> Desarrollo Pro-grama Medicina General en los SILOS.  <b><u>Componente 02</u></b> Desarrollo Red de Hospitales de Referencia.  <b><u>Componente 03</u></b> Salud Buco-Dental	Desarrollo de la infraestructura del Plan del Médico de la Familia y SILOS.  Desarrollo de la calidad de la atención en salud.  Elevar la calificación técnica de las especialidades médicas.  Establecimiento del enfoque de rehabilitación en base comunitaria.  Desarrollo de la estomatología familiar.	EUA \$ 295,200  (13,2 %)
CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.

CUB-HDT	<p><b><u>Componente 04</u></b> Preparación para Desastres.</p> <p><b><u>Componente 05</u></b> Tecnología Clínica, Radiología y de Laboratorio.</p> <p><b><u>Componente 06</u></b> Difusión de materiales educativos para la población</p> <p><b><u>Componente 07</u></b> Salud, mujer y desarrollo.</p> <p><b><u>Componente 08</u></b> Mantenimiento de infraestructura de servicios.</p> <p><b><u>Componente 09</u></b></p> <p><b><u>Políticas y De-sarrollo Tecno-lógico de la Salud.</u></b></p>	<p>Coordinación del Programa Salud-Mujer y Desarrollo con las actividades del SAS.</p> <p>Coordinación del Programa In-tersectorial Salud y Turismo.</p> <p>Desarrollo de la Producción de Hemoderivados.</p> <p>Producción de biológicos, farmacéuticos, biotecnológicos y vacunas.</p> <p>Perfección. de tecnologías de formas farmacéuticas a partir de plantas medicinales.</p> <p>Producción de medic. obtenidos por síntesis química.</p> <p>Producción de esteroides en forma integral.</p> <p>Producción de material higiénico-sanitario de uso humano.</p> <p>Producción de anticuerpos monoclonales en humanos: diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Desarrollo y perfección de fases farmacológicas experimentales preclínicas, clínicas y epidemiológicas en medicamentos y biológicos.</p>	<p>EUA \$ 225,500</p> <p>(10,1 %)</p>
---------	---	--	---------------------------------------

CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.
--------	--------	------------------------	--------------

<b><u>CUB-HMC</u></b>	<b><u>Coordinación y Apoyo para el Desarrollo de Recursos Humanos.</u></b>	<p>Fortalecimiento Programa Nacional de Perfeccionamiento.</p> <p>Consolidación del desarrollo de las especialidades priorizadas por el MINSAP en cooperación con la OPS/OMS.</p> <p>Fortalecer la calidad del egresado y su desempeño profesional en el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Fortalecer el desarrollo integral de la Facultad de Salud Pública.</p> <p>Desarrollar la Red Nacional de Información Científico-Técnica.</p>	<p>EUA \$ 225,500</p> <p>(10,1 %)</p>
<b><u>CUB-HBD</u></b>	<b><u>Diseminación de Información Científica y Técnica.</u></b>	<p>Apoyar el desarrollo de las investigaciones en salud con énfasis en los ensayos clínicos epidemiológicos, farmacología, toxicología y química analítica.</p>	<p>EUA \$ 83,300</p> <p>( 3,7 %)</p>
<b><u>CUB-RPD</u></b>	<b><u>Fomento y Desarrollo de la Investigación.</u></b>	<p>Continuar desarrollando y perfeccionando el sistema estatal de control de la calidad tanto de los medicamentos como de los equipos médicos.</p>	<p>EUA \$ 111,900</p> <p>( 5,0 %)</p>

<b>CODIGO</b>	<b>TITULO</b>	<b>PRIORIDADES NACIONALES</b>	<b>ASIG.DE REC.</b>
<b><u>CUB-NUT</u></b>	<b><u>Nutrición</u></b>	<p>Consolidar los estudios del estado nutricional de la población</p> <p>Determinar la correlación de hábitos alimentarios nutricionales y enfermedades crónicas prevalentes en el perfil epidemiológico: Obesidad, diabetes, hipertensión.</p> <p>Extender el Programa de Educación Nutricional a 5 Provincias del país.</p> <p>Perfeccionar el Programa de Control Sanitario y de la Calidad de los Alimentos.</p>	<p>EUA \$ 44,700</p> <p>( 2,0 %)</p>
<b><u>CUB-CEH</u></b>	<b><u>Control de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente.</u></b>	<p>Desarrollar las capacidades técnicas y operativas del INHE e IMT para perfeccionar las maestrías de Salud Ambiental y Ocupacional.</p> <p>Desarrollar el Proyecto PROECO-PLAGUICIDAS-CUBA.</p> <p>Perfeccionar el Programa Nacional para el Control de la Calidad del Agua de Consumo.</p> <p>Desarrollar la capacidad técnica y operativa del IMT como Centro Colaborador OMS.</p> <p>Promoción y control de las condiciones ambientales relacionadas con la salud de los trabajadores.</p>	<p>EUA \$ 89,500</p> <p>( 4,0 %)</p>

CODIGO	TITULO	PRIORIDADES NACIONALES	ASIG.DE REC.
<b><u>CUB-MCH</u></b>	<p><b><u>Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana.</u></b></p> <p><b><u>Componente 01</u></b> Salud mat.-Inf. y planificación familiar en los SILOS.</p> <p><b><u>Componente 02</u></b> Infecc. agudas en las vías respiratorias y enfermed. dia-rréicas en los niños.</p> <p><b><u>Componente 03</u></b> Programa de inmunización y SILOS.</p>	<p>Consolidar y mejorar los ni-veles de salud alcanzados en la atención de la madre y el niño.</p> <p>Mejorar la atención especializada al niño crítico.</p> <p>Reducir la morbi-mortalidad por EDA, IRA en niños menores de 5 años.</p> <p>Reducción de la mortalidad materna.</p>	<p>EUA \$ 61,800</p> <p>( 2,7 %)</p>
<b><u>CUB- OCD</u></b>	<p><b><u>Actividades Generales</u></b> <b><u>Prevención y Control Enfermedades Transmisibles.</u></b></p>	<p>Prevención y control de Enfermedades Transmisibles.</p> <p>Fortalecer los Institutos de: Higiene y Epidemiología Nutrición e Higiene de los Alimentos, Medicina del Trabajo, Medicina Tropical Así como la Red Nacional de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología.</p> <p>Perfeccionamiento y formación de epidemiólogos.</p> <p>Desarrollar técnicas de educación y comunicación para la prevención y control de las ETS y VIH/SIDA.</p>	<p>EUA \$ 170,100</p> <p>( 7,6 %)</p>

<b>CODIGO</b>	<b>TITULO</b>	<b>PRIORIDADES NACIONALES</b>	<b>ASIG.DE REC.</b>
<b><u>CUB-HIV</u></b>	<b><u>Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida.</u></b>	Desarrollo de la capacidad diagnóstica, medidas de promoción, prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.	EUA \$ 278,700 (12,4 %)
<b><u>CUB-NCD</u></b>	<b><u>Actividades Generales y Prevención y Control Enfermedades no Transmisibles.</u></b>	Desarrollar el trabajo sobre los factores de riesgo de los E.C.N.T.  Consolidar el enfoque epidemiológico en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles.	EUA \$ 87,000 ( 3,9 %)
<b><u>CUB-ZNS</u></b>	<b><u>Medicina Veterinaria y Zoo-nosis</u></b>	Perfeccionar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las ETA.  Perfeccionar el programa de control de las Zoonosis.	EUA \$ 32,100 ( 1,4 %)



## V) RESPUESTA DE LA REPRESENTACION DE OPS/OMS en CUBA.

### 5.1 Enfoque General.

La Representación de la OPS/OMS en Cuba ha realizado importantes esfuerzos encaminados al perfeccionamiento de la cooperación científico técnica en el marco de un trabajo transformador que comenzó en 1989 y ha aportado mejores resultados en 1991 y 1992, producto del desarrollo de un estilo de trabajo caracterizado por el dinamismo y la creatividad y el fortalecimiento de ideas, apertura de nuevas áreas y ampliación de otras, e impulso y consolidación de actividades y proyectos como aspectos fundamentales de la gestión en el proceso global de cooperación con el país.

Desde esta perspectiva, la Representación, el **equipo técnico** privilegia su actuación como **catalizador de actividades y proyectos de cooperación** a partir de capacidades y potencialidades identificadas alrededor de los asuntos prioritarios para el país.

De las tres instancias protagónicas envueltas en el proceso de cooperación, **-el Ministerio de Salud Pública, los Programas Regionales de OPS/OMS y la Representación-**, es, esta última la que está en mejores condiciones para ser el **elemento integrador de la cooperación técnica**, entre otras razones porque es posible **diseñar su estructura funcional en base a las condiciones específicas en que se lleva a efecto la cooperación con el país**, lo que está limitado para las estructuras centrales de la OPS/OMS que responden a una situación multinacional de diversas realidades y para las estructuras de los Ministerios de Salud que responden a la lógica particular de los servicios de salud de los países. En el caso particular de Cuba, esto es factible debido al rol que desempeñan los Coordinadores de Areas en la conducción y administración de los proyectos regulares y al desarrollo alcanzado por los recursos humanos nacionales para realizar las acciones técnicas en el campo de la salud.

Desde esta concepción, **la acción interprogramático emerge como filosofía general de trabajo que guía la gestión de la Representación**, a la vez que es **línea estratégica de cooperación**. También desde esta dimensión integral, aparece una segunda línea la **Mobilización de Recursos**, que representa la voluntad de trabajar en función del incremento de los recursos necesarios para continuar el desarrollo en salud del país, a la vez que constituye un **principio general de trabajo**.

Por otra parte, dadas las circunstancias descritas se hace imprescindible utilizar al máximo los recursos envueltos en la cooperación, por lo que **optimizar el uso de los recursos**, se convierte en un principio general de trabajo que complementa el de **movilización de recursos**, y se expresa fundamentalmente en tres aspectos a tener en cuenta:

- 1) **Selección** adecuada de los objetos de cooperación partiendo para ello de que sean áreas **relevantes** para el país y **sensibles** a la cooperación de OPS/OMS.
- 2) **Eficiencia** en el uso de los recursos, lo que significa aprovechar al máximo los recursos de la cooperación, incluyendo los recursos de la propia Representación.
- 3) **Eficacia** entendida como impacto de una cooperación que oriente constantemente los **resultados** concretos de las acciones que realiza.

## 5.2 El modelo operativo de la Cooperación

**Aspectos Generales:** En relación con la operación de la cooperación se definen los siguientes aspectos generales:

- ◆ La coordinación de la regularidad de la cooperación, entendida como los aspectos generales de la ejecución de los proyectos que aparecen en la apertura programática del país, **es atendida por el Representante y por los consultores** de acuerdo a la distribución por proyectos. El Representante coordina directamente las actividades que tengan alta prioridad en la política de salud del país.
- ◆ La asignación a cada área funcional de los proyectos, componentes y actividades de proyectos bajo su responsabilidad, se realiza mediante el **análisis colectivo** y la concertación a partir del APB y los PTC. La asignación se efectúa durante el propio proceso de formulación de estos planes de trabajo.
- ◆ Por la importancia que tiene la coordinación entre los programas regionales y las áreas funcionales para hacer efectivo este modelo de cooperación, cada consultor actuará como **punto focal** de los programas regionales con los que tenga una relación de trabajo mayor, en dependencia del peso específico que tengan las actividades de los proyectos en cada área.

**Gestión Participativa:** La gestión participativa es uno de los principios generales del trabajo de la Representación, que tienen gran relevancia en el plano operativo y opera fundamentalmente en dos dimensiones complementarias e interrelacionadas:

- ◆ Las relaciones de la Representación con el MINSAP y otros Organismos e Instituciones Nacionales involucrados en la cooperación.
- ◆ Las relaciones internas en la Representación entre el Representante y las Unidades Técnica y Administrativa, y al interior de la propia UCCT que es el núcleo básico de la cooperación en la Representación.

La gestión participativa involucra también a los Programas y Centros Regionales de la OPS, a través del trabajo con los coordinadores y especialistas regionales durante sus asesorías al país, o durante los viajes del Representante y los consultores a la Oficina Central y los diferentes Centros Regionales. La gestión participativa se concreta en tres elementos: **1) Programación colectiva** de las unidades de cooperación, **2) Coordinación permanente** entre las partes involucradas en el proceso de cooperación al interior y al exterior de la Representación; y **3) Responsabilidad por áreas funcionales** sobre las acciones de cooperación. Este último proceso alude a la distribución del trabajo técnico de la Representación por Areas Funcionales.

Al interior de la Representación existen los siguientes espacios de gestión en los que participa la UCCT: **Entre el Representante y la UCCT** (Gestión predominantemente política y técnica), **Entre los consultores que integran la UCCT** (Gestión predominantemente técnica) y **Entre la UCCT y el Area Administrativa** ( Gestión predominantemente administrativa).

Al exterior existen otros tres espacios fundamentales de gestión para la UCCT: **Entre Representante/UCCT y las instancias de dirección del MINSAP y otros Organismos e Instituciones Nacionales** (Gestión predominantemente política), **Entre la UCCT y los Equipos Técnicos del MINSAP** (Gestión predominantemente técnica) y **Entre la UCCT y los Programas y Centros Regionales** (Gestión predominantemente técnica).

En estos espacios de gestión participativa se realizan análisis de problemas conocidos o emergentes de interés para la cooperación, se toman decisiones, se coordinan y programan actividades, y se monitorea y evalúa la marcha de la cooperación, se toman decisiones, se coordinan y programan actividades, y se monitorea y evalúa la marcha de la cooperación. De esta forma se acompaña el proceso regular de cooperación, a la vez que se trabaja en función del desarrollo de la cooperación en problemas contemplados en las Areas Funcionales.

De acuerdo con lo señalado en relación con la función predominante realizada en cada espacio, se identifican tres tipos principales d

gestión en que participa la UCCT: Política, Técnica y Administrativa.

### **Gestión Política y Técnica con el MINSAP y otros organismos en el país.**

- ◆ Trabajar permanentemente en el análisis de la situación, con vistas a ganar mayor claridad en sus complejidades y matices, implementar un sistema de respuesta para operar la cooperación en dichas condiciones.
- ◆ Fomentar un diálogo permanente con el nivel político del MINSAP y crear las bases para generar respuestas dinámicas ante las alternativas que se presenten.
- ◆ Trabajar en la concepción y formulación de planes y acciones alternativas, que constituyen opciones previstas y no improvisaciones ante los cambios posibles a esperar en la situación. Lo anterior implica proyectar distintos escenarios y diferentes respuestas en un **proceso permanente** de análisis y planificación que evada cualquier formalismo o facilismo, sin convertirse en "gimnasia planificadora".
- ◆ Desarrollar con fuerza el trabajo de búsqueda y movilización de recursos frescos para la cooperación, privilegiando áreas atractivas y realistas como pueden ser los proyectos en espacios locales (provincias, municipios), y los intercambios entre instituciones periféricas, teniendo en cuenta las prioridades y las acciones interdisciplinarias, interprogramáticas e intersectoriales.
- ◆ Mantener comunicación permanente con el resto de Organismos y Agencias de Cooperación del Sistema de Naciones Unidas, con vistas a compartir recursos, potencializar la capacidad de movilización de nuevas fuentes de recursos externos y mejor aprovechamiento de los recursos internos, y en general ganar en eficiencia y eficacia.

### **Gestión con los Programas y Centros Regionales**

- ◆ Identificación de espacios y temas prioritarios para los Programas y Centros Regionales, en especial aquellos temas y programas con los que existe mayor interés de cooperación de acuerdo con las prioridades del país.
- ◆ Identificación de especialistas en los Programas y Centros Regionales que actúen como **puntos focales** para la Representación. En la práctica serían interlocutor es principales de la Representación con el Programa al que

pertenecen y reales o virtuales aliados en función de la estrategia definida para la UCCT.

- ◆ Identificación de problemas de cooperación de interés de varios Programas y Centros Regionales, para encontrar espacios de cooperación interprogramática que respondan a la filosofía general de trabajo de la UCCT.
- ◆ Comunicación y coordinación permanente en relación con los problemas prioritarios de cooperación, especialmente los que involucran varios Programas y Centros Regionales en un mismo problema de cooperación.

#### **Gestión al interior de la UCCT.**

- ◆ Participación en todo el proceso de formulación, ejecución y evaluación del APB y los PTC.
- ◆ Definir componentes y actividades de cooperación de los proyectos regulares que respondan a la lógica de las áreas funcionales con el fin de estimular y acompañar su realización desde dichas áreas independientemente del proyecto en que aparezcan.
- ◆ De acuerdo con el punto anterior definir las actividades que requieran coordinación más estrecha entre áreas para su ejecución, estableciendo en qué y como se realizará la acción conjunta.
- ◆ Estudiar las necesidades de apoyo entre los consultores y definir las acciones (sustituciones, apoyo técnico, etc.)
- ◆ Participación en cursos, entrenamientos, seminarios, talleres, congresos, etc, tanto en el país aprovechando los que se realizan en el marco de la cooperación u otros que se consideren de utilidad, como en el exterior mediante coordinaciones con los Programas Regionales.
- ◆ Participación en investigaciones con grupos nacionales.
- ◆ Continuar la producción de documentos de la Representación (**Serie de Desarrollo de la Representación**).
- ◆ Publicación de artículos científicos en Revistas Nacionales o Internacionales.
- ◆ Proponer actividades de intercambio Científico-Técnico con el MINSAP sobre aspectos fundamentales relacionados con los problemas que configuran las Areas Funcionales.

## **Gestión con el Area Administrativa de la Representación.**

- ◆ Realización de reuniones informativas sobre la estrategia de cooperación de las áreas operativas y funcionales, la situación de la ejecución presupuestaria, la marcha de las acciones de acuerdo a la proyección de las áreas y otros temas de interés.
- ◆ Realización de reuniones en las que participa todas las unidades de la Representación, para analizar problemas generales, discutir posibles soluciones, llegar a acuerdos colectivos y dar seguimiento a los acuerdos de reuniones anteriores.
- ◆ Realización de reuniones operativas de coordinación para la atención a eventos y asesores.

### **5.3 El Modelo Funcional:**

#### **a) Interprogramático/Intersectorial**

En 1990 la Representación se propuso obtener, organizar y sistematizar la información disponible sobre la **intersectorialidad en salud**, con el propósito de contar con un soporte de conocimientos para impulsar el desarrollo de enfoques y acciones de salud interprogramáticas e intersectoriales, a través de la cooperación de la OPS. En este sentido se realizó una investigación cuyos resultados son el sustento fundamental de la proyección de trabajo en función del desarrollo de esta línea de acción (22).

El hecho de partir de la lógica de los problemas para la formulación de actividades y proyectos y no de la lógica de estructuras que deben dar respuesta a los problemas permite generar enfoques integrales que favorecen lo **interdisciplinario, interprogramático e intersectorial**. La característica fundamental de este perfil de trabajo es la posibilidad de integrar, coordinar y ejecutar acciones para abordar problemas que competen a más de una especialidad, programa y sector, a través de la creación de grupos funcionales que deben dar respuesta a necesidades nacionales representadas por problemas, que dan lugar a los proyectos y actividades **"inter"**.

El sólo elemento de concertación y trabajo colectivo entre especialistas pertenecientes a diferentes lógicas formales de desempeño habitual, genera oportunidades nuevas para la búsqueda de soluciones y la formulación de respuestas coherentes con el carácter integral de la salud, objeto de nuestra acción. Es la propia esencia integral e integradora de la salud concebida socialmente, la razón y el origen del abordaje "inter" que se ha instrumentado.

Por otra parte, este diseño de trabajo convierte lo **"inter"** en objeto de atención y desarrollo en sí mismo como elemento fundamental hacia la adquisición de un estilo concertado de trabajo que debe generar nuevas y mas potentes respuestas sociales al desarrollo de la salud de la población.

Bajo este presupuesto, se violenta estratégicamente la posición de lo **"inter"** en el proyecto general de desarrollo de la salud, apareciendo momentáneamente no como el medio que es, sino como un fin táctico de la cooperación con el país, en la actual etapa.

Las propuestas de trabajo que deben estimularse desde esta área funcional deberán favorecer la confluencia a nivel de país de representantes de distintos programas de la OPS/OMS alrededor de un problema concreto cuyo abordaje requiere la acción coordinada de las disciplinas y esferas que representan. De esta forma se puede lograr a nivel de país, la concertación entre programas regionales

en un espacio común de cooperación que demanda las capacidades que tienen los programas individualmente, pero actuando integradamente para lograr los propósitos deseados. Por otra parte, se consigue también la integración de distintos programas nacionales pertenecientes a un mismo sector o a varios sectores, alrededor de un problema cuya naturaleza rechaza los abordajes individuales aislados.

### **Estrategia para la Cooperación**

Con esta lógica de gestión, fueron desarrolladas incipientemente en 1991 líneas integrales de cooperación con resultados alentadores en relación con áreas prioritarias de la apertura programática de Cuba en ese año, como el **estudio de situación de salud, desarrollo de los servicios de salud, promoción de salud, economía y salud, y desarrollo de recursos humanos.**

Para la elaboración del programa de trabajo del área **interprogramática/intersectorial**, se tienen en consideración los resultados de la investigación sobre acción intersectorial en salud antes mencionada, especialmente lo referido a los factores que deben atenderse para favorecer las relaciones intersectoriales -válidos en gran medida para las relaciones interprogramáticas-, entre los que pueden mencionarse por su importancia: el abordaje integral de los **problemas**, las estructura y relaciones de **poder**, el análisis de las **políticas** globales y de salud, las concepciones y enfoques predominantes sobre la salud (**pensamiento**), las características de la **planificación**, los aspectos de **información, comunicación y coordinación** entre programas y sectores, y las características del **sistema de salud.**

Esta área no asume todas las actividades con características integradoras contenidas en el APB de Cuba. Varios proyectos y actividades de este tipo quedan a cargo de otras áreas de trabajo de la Representación según la estructura creada para atender la cooperación técnica. Se incluyen básicamente proyectos y actividades que por su clara naturaleza integral, avances logrados en 1991 en el área correspondiente, y proyección expresa favorable de los programas regionales y nacionales involucrados, ofrecen perspectivas promisorias para su desarrollo exitoso en el curso del bienio.

Por su esencia, **el trabajo interprogramático/intersectorial compete a todo el equipo técnico de la Representación**, por lo que la gestión de cooperación en esta área constituirá un trabajo colectivo de pensamiento, conducción, vigilancia y evaluación del proceso, de modo tal que puedan obtenerse los mejores resultados y sortear exitosamente los retos y dificultades que surgen ante un trabajo de este tipo.

Proyectos integrales construidos en espacios locales, ofrecen un escenario privilegiado a los programas Regionales para concretar la deseada y anhelada coordinación interprogramática. Este es el caso por ejemplo, de los proyectos que se han venido trabajando en las **Provincias Cienfuegos (Proyecto Global de Promoción de Salud de Cienfuegos), Las Tunas (Proyecto Integral de Desarrollo de Las Tunas), y Pinar del Río (Perfeccionamiento del personal de Salud)**. Por otra parte se viene promoviendo la formulación de proyectos de cooperación en municipios de la Provincia de la Habana, Ciudad de la Habana y en el Municipio Especial Isla de la Juventud, en temas vinculados con los Sistemas Locales de Salud, el análisis de situación de salud, planificación local, análisis de costo, sistemas de vigilancia epidemiológica y nutricional a nivel local.

La utilización de la epidemiología a partir de la identificación de desigualdades en las condiciones de vida de distintos grupos humanos, la organización del Sistema Local de Salud y su administración estratégica, la gestión económica de dicho sistema, la planificación de los servicios en el marco de la planificación global del gobierno local, el sistema de información científico-técnica, la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos que participan en los proyectos y las investigaciones incluidas en los mismos, son entre otros componentes importantes de los proyectos, que pueden ser objeto de cooperación conjunta de los programas regionales que responden al área de Infraestructura de los Servicios de Salud (HSI).



**Prioridades de Cooperación/Resultados Esperados.**

PRIORIDADES DE COOPERACION	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desarrollo de la Promoción de la Salud con enfoque de acción social integral e intersectorial.</li>   <li>◆ Desarrollo de proyectos y actividades interprogramáticas e intersectoriales en el marco del proceso de cooperación técnica, con énfasis en los SILOS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Haber contribuido al desarrollo de abordajes integrales de los problemas de salud, especialmente en el nivel local.</li>   <li>◆ Haber favorecido la integración entre áreas del sector salud, y las relaciones de este con otros sectores nacionales vinculados con la salud de la población.</li>   <li>◆ Aportar una experiencia concreta de cooperación interprogramática de OPS en un escenario de país.</li>   <li>◆ Culminar el año con la formulación de al menos tres proyectos de desarrollo interprogramáticos e intersectoriales para la movilización de recursos extrapresupuestarios.</li> </ul>

**b) Movilización de Recursos.**

A principios de 1990 la Representación de OPS/OMS asumió dentro de sus prioridades la **movilización de recursos**, con la finalidad de jerarquizar una proyección de trabajo para alcanzar mayores resultados en este campo y estar en condiciones de responder con mayor objetividad a las prioridades del país en el sector de la salud.

El antecedente más inmediato aparece en noviembre de 1989 con la celebración en La Habana de la Reunión Operativa de Cooperación Técnica entre Países (CTPD/CTP) en el contexto del Presupuesto Programa de OPS/OMS 1990-1991 (23).

En esta reunión participaron nueve países de la Región y los respectivos Representantes de OPS/OMS y concluyó con un variado

grupo de programas operativos de trabajo **interpaíses** en áreas de interés y que a sólo dos años de ejecución resultan un interesante proceso de cooperación técnica.

Durante 1990 y paralelamente al desarrollo de la cooperación interpaíses, el MINSAP y la Representación de OPS/OMS ampliaron las posibilidades de movilización de recursos al concebir, formular y presentar la Cartera de proyectos de inversión y desarrollo en cinco áreas priorizadas por el MINSAP, para la identificación de aquellos recursos externos necesarios en el completamiento presupuestarios de dichos proyectos.

El ejercicio de Evaluación Conjunta de la Cooperación Científico-Técnica de la OPS/OMS en Cuba 1988-1991 (3), como producto del análisis alrededor de las posibilidades de Cuba para movilizar recursos en salud, -particularmente en el ámbito internacional-, recomendó:

- ◆ "Prestar una especial atención y dedicación a la negociación internacional para el financiamiento externo de la cartera de proyectos de inversión y desarrollo que permita el acceso a los fondos extrapresupuestarios.
- ◆ Continuar el esfuerzo conjunto por perfeccionar la programación y ejecución de la cooperación entre los países, encaminados a fortalecer los vínculos históricos, culturales, económicos y políticos y avanzar hacia la integración latinoamericana y caribeña en materia de salud".

### **Estrategia para la Cooperación.**

La movilización de recursos es un enfoque cuyos elementos integrantes y sus interrelaciones están inmersos en un proceso social caracterizado por la alta prioridad otorgada a la salud para satisfacer necesidades del hombre y alcanzar niveles crecientes de bienestar. Ello requirió de un esfuerzo en la coordinación de las acciones de los diferentes sectores de la esfera productiva y social vinculados mas directamente a la salud.

La movilización de recursos tiene una manifestación nacional que permitió incorporar nuevos recursos humanos, técnicos y financieros en los diferentes programas de salud en sus respectivos niveles. En el campo internacional la movilización de recursos se proyecta fundamentalmente para acceder a fuentes de financiamiento. Para ello se deberá perfeccionar la articulación entre las prioridades nacionales, la planificación de programas integrales de desarrollo,

y la movilización de recursos financieros bilaterales y multilaterales. Se hace necesario por lo tanto conocer en

profundidad las características principales de las fuentes externas de cooperación en salud, los mecanismos reales y prácticos para movilizar la cooperación financiera externa y las formas que el país debe adoptar para ello.

Existe un importante potencial de cooperación en el campo de la salud. La interpretación del contexto internacional en función de la movilización de recursos para este campo y la identificación de posibilidades y dificultades para movilizar recursos externos, son aspectos fundamentales que requieren de conocimiento y experiencia.

Las políticas que siguen las Fundaciones, Corporaciones y otras organizaciones " No Gubernamentales " varían, y requieren de investigación cuidadosa, lo que de hecho se convierte en un objetivo de trabajo. Existe amplia diversidad de fuentes de financiamiento concesionarias para las Américas, entre otras: Organizaciones Multilaterales; Bancos Internacionales; Organismos Bilaterales de Desarrollo de Países Miembros; Cooperación Oficial Bilateral entre Países de América Latina y Caribe (CTPD), Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Esta relación expresa claramente, tomando solo como ejemplo nuestra Región, las características que debemos tener en cuenta para el desarrollo del trabajo para promover una mayor concertación entre agencias y organismos multilaterales de cooperación técnica y financiera para el desarrollo de proyectos y actividades a nivel mundial.

**Prioridades de Cooperacion/Resultados Esperados**

PRIORIDADES DE COOPERACION	RESULTADOS ESPERADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desarrollo de Recursos Humanos Nacionales en Formulación, Gerencia y Evaluación de Proyectos.</li> <li>◆ Elevar los niveles de eficacia en el acceso a fuentes de financiamiento externo en cooperación en salud.</li> <li>◆ Diversificar, ampliar y optimizar la cooperación entre países.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Perfeccionar a especialistas y técnicos del MINSAP y otras Instituciones en formulación, gerencia y evaluación de proyectos de inversión y desarrollo.</li> <li>◆ Alcanzar un financiamiento inicial para tres proyectos de la cartera de inversión y desarrollo.</li> <li>◆ Incrementar los programas de cooperación inter-países cuanti-cualitativamente.</li> <li>◆ Lograr al menos dos proyectos de cooperación multipaís (Medicina Tropical y Mantenimiento Equipos Médicos)</li> <li>◆ Alcanzar niveles superiores de integración internacional, intersectorial e inter-programática.</li> </ul>

## VI) PROCESOS CLAVES Y ASPECTOS OPERATIVOS

En aras de crear condiciones favorables para realizar la cooperación con el modelo propuesto, se han definido **procesos claves** a desarrollar en el decurso de las acciones, con el fin de favorecer el trabajo de la unidad técnica de la Representación en coordinación con los grupos nacionales, en el bienio 1992-93:

- ◆ Realizar en la Representación un trabajo permanente de análisis de la situación, con vistas a ganar mayor claridad en sus complejidades y matices y a implementar un sistema de respuestas para operar la cooperación en dichas condiciones.
- ◆ Promover el análisis con los grupos nacionales sobre las características en que se desarrollará la cooperación en 1992 y 1993, dirigido a crear un espacio de concertación que facilite los ajustes y adecuaciones en la cooperación.
- ◆ Fomentar un diálogo permanente con el nivel político del MINSAP, y crear las bases para generar respuestas dinámicas ante las alternativas que se presenten.
- ◆ Trabajar en la concepción y formulación de planes, acciones y alternativas que constituyan opciones previstas y no improvisaciones ante los cambios posibles a esperar en la situación. Lo anterior implica proyectar distintos escenarios y diferentes respuestas en un **proceso permanente** de análisis y planificación que evada cualquier formalismo o facilismo.
- ◆ Desarrollar con fuerza el trabajo de búsqueda y movilización de recursos frescos para la cooperación, privilegiando áreas atractivas y realistas como pueden ser los proyectos en espacios locales (Provincias, Municipios), y los intercambios entre instituciones periféricas, teniendo en cuenta las prioridades y las acciones interdisciplinarias, interprogramáticas e intersectoriales.

Mantener comunicación permanente con el resto de Organismos y Agencias de cooperación del sistema de Naciones Unidas, con vistas a compartir recursos complementarios, potencializar la capacidad de movilización de nuevas fuentes de recursos externos y mejor aprovechamiento de los internos y en general ganar en eficiencia y eficacia.

En relación con **aspectos operativos** para desarrollar el trabajo de la Representación con este modelo, se definen los siguientes:

- ◆ La coordinación de la regularidad de la cooperación, entendida como los aspectos generales de la ejecución de los proyectos definidos en la apertura programática del país, definidos atendida por el Representante, quien además coordinará directamente las actividades que tengan alta prioridad en la política de salud del país.
- ◆ Los consultores atenderán directamente las acciones de cooperación contenidas en los PTC que sean asignadas al área bajo su responsabilidad y de manera particular lo determinado en las áreas funcionales.
- ◆ La asignación a cada área de los componentes y actividades de proyectos que estarán bajo su responsabilidad, se realizará mediante el análisis colectivo y la concertación a partir del APB y los PTC, por lo que la asignación se efectuará durante el propio proceso de formulación de estos planes de trabajo.
- ◆ El trabajo de gestión desde las nuevas áreas se realizará mediante una coordinación permanente entre las áreas que permita la integración en las acciones de cooperación, bajo la conducción de una de ellas en dependencia del peso fundamental en las acciones de que se trate en cada caso. El trabajo colectivo incluye la concepción, planificación, operación y evaluación de las acciones de cooperación.
- ◆ Para la gerencia y coordinación no se formularán nuevos planes, utilizándose como instrumentos de administración el APB, el PTC, y el sub-sistema de la Representación para el control de actividades.
- ◆ Por la importancia que tiene la coordinación entre los Programas Regionales y las Areas Funcionales para hacer efectivo este modelo de cooperación, cada **consultor** actuará como **punto focal** de los Programas Regionales con los que tenga una relación de trabajo mayor, en dependencia del peso específico que tengan las actividades.

## VII) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Proyección del trabajo para el Bienio 1990-91.** Representación de OPS/OMS en Cuba. La Habana, 1990.
2. **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994.** OPS, 1991.
3. **Informe Final.** Ejercicio de la Evaluación Conjunta de la Cooperación Científico-Técnica de la OPS/OMS Cuba 1988-1991, La Habana, Cuba, Noviembre de 1991.
4. **Objetivos, Propósitos y Directrices Para Incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000.** Ministerio de Salud Pública de Cuba, Habana, febrero de 1992.
5. **Resumen Anual Económico Cuba 1991.** Inter Press Service. Corresponsalía en La Habana, Enero, 1992.
6. **Resumen Anual Político Cuba 1991.** Inter Press Service. Corresponsalía en La Habana, Enero, 1992.
7. **Declaración de Guadalajara, México 18 y 19 de Julio de 1991.**
8. **Panorama Social de América Latina.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 1991.
9. **Intervención del Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de Cuba Fidel Castro Ruz,** en el Acto Central por el Aniversario 30 de la Academia de Ciencias de Cuba. Seminario Juventud Rebelde. La Habana, 23-2-1992.
10. **Intervención del Dr. Carlos Rafael Rodríguez en la apertura del XVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS).** La Habana, 28 de mayo de 1991.
11. **Informe Anual 1990.** Datos estadísticos. Ministerio de Salud pública de Cuba, 1990.
12. **Las Condiciones de salud en las Américas.** OPS, 1990.
13. **Estado Mundial de la Infancia.** UNICEF, 1992
14. **Diario Granma.** La Habana, 3 de marzo de 1992.
15. **Diario Granma.** La Habana, 7 de enero de 1992.

16. **Intervención del Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de Cuba Fidel Castro Ruz**, en el acto central por el XXX Aniversario de los Comités de Defensa de la Revolución. Diario Granma, La Habana, 1-10-1990.
17. **Principios Básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990**. OPS, Washington, 1987.
18. **Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-95**. Serie Salud Para Todos No 10. OMS, Ginebra, 1988.
19. **Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud**. Canadá, 1986.
20. **Los Sistemas Locales de Salud**. Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica No. 519. OPS, 1990.
21. **La Administración Estratégica**. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-2. OPS, 1992.
22. **Suárez Jiménez, J.** Acción Intersectorial en Salud. Representación de la OPS/OMS en Cuba, La Habana, 1991.
23. **Reunión Operativa de Cooperación Técnica entre Países (CTPD/CTP)** en el contexto del Presupuesto por Programa de OPS/OMS 1990-1991. Informe Final. La Habana, Noviembre 1989.
24. **Mensaje del Presidente Fidel Castro a la Primera Cumbre Iberoamericana**. Diario Granma, Cuba, 23 de Julio de 1991.