Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Boletín

Octubre de 2003 Cuba

Directora de la Organización Panamericana de la Salud en visita oficial a Cuba.

ALMA ATA
25 años
Estrategia de Atención Primaria

Dr. Carlos J. Finlay

Contenido

DR. CARLOS J. FINLAY BARRES (1833-1915) 1
en el 170 Aniversario de su nacimiento

ALMA ATA.25 AÑOS 2

DIRECTORA DE OPS. VISITA CUBA 3

SISTEMA NACIONAL DE SALUD 4
Situación de salud por provincias.

PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD (PIS) 5
Venezuela.

COOPERACIÓN TÉCNICA 10
Proyecto de desarrollo Municipal, 2003. / 10
Desarrollo local en zonas metropolitanas. / 13
Municipios Productivos. / 14

COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES 18
Situación actual de proyectos CTP para el periodo 2001-2002

PUBLICACIONES 18
Municipios Centenario.
Perspectivas.

RESEÑAS 19
Nuevo Director de OMS. / 19
Curso Internacional de dengue. / 20
Proyecto magisterio
y Visita del Rector a la Sede de la OPS. / 20
PALTEX y Manual de H. Amejeiras. / 22
Centro de Genética Médica. / 22
Acto de entrega de medallas por años de servicio. / 24

VISITAS Y ASESORIAS 25

EVENTOS 28

Vol. 8 No.1

CREDITOS

Representante OPS/OMS en Cuba:
Dr. Patricio Yépez

Centro de Documentación:
Lic. Caridad López

Diseño:
Liliana Jiménez
Norka Aldana
Eduardo Álvarez

Colaboradores:
Dr. Gregorio Delgado
Dra. Yilian Jiménez
Dr. Redelio Rendón
Dr. Gustavo Kouri
Dra. Guadalupe Guzmán
Dr. Rolando Miyar
Lic. Enrique Rivero
Dr. Francisco Morales
Dr. José Gómez
Dra. Angela Moreno
Dr. Gabriel Montalvo
Lic. Susana Madrigal

Dr. CARLOS J. FINLAY BARRÉS (1833-1915), en el 170º Aniversario de su nacimiento

Por el Dr. Gregorio Delgado García
Historiador Médico del MINSAP

El 3 de diciembre del presente año el mundo científico y muy principalmente los médicos cubanos, conmemoramos el 170º aniversario del nacimiento, en la ciudad de Puerto Príncipe, actual Camaguey, del sabio médico doctor Carlos J. Finlay Barrés.

El doctor Finlay dedicó toda su vida profesional a la solución de los grandes problemas epidemiológicos de Cuba y en esa búsqueda descubrió la teoría metaxéni-ca del contagio de enferme-dades infecciosas o del vector biológico, lo que permitió la explicación de la historia natural de numero-sas enfermedades que hasta entonces no la tenían como la fiebre amarilla, la malaria, el dengue, la filariosis y otras y en el caso específico de la fiebre amarilla identificó la especie de mosquito que sirve como vector biológico en la transmisión de la enfermedad, lo que dio inicio a los estudios de entomología médica y que las medidas preventivas por él enunciadas permitieran erradicar la forma urbana de la enfermedad en el planeta, para ser considerado un Benefactor Médico de la Humanidad.

Pero este aporte genial que lo ha inmortalizado no debe opacar otros grandes servicios prestados a la salud pública cubana. En el estudio de la epidemia de cólera que sufriera La Habana de 1867 a 1868, aplicó por primera vez en América el método epidemiológico descubierto por John Show en 1854, no aceptado por la ciencia hasta 1870 y fue de los primeros en el mundo en afirmar el origen hídrico de la transmisión de la enfermedad. Sus numerosos estudios sobre el cólera permitieron su erradicación definitiva del país en 1882, al que había llegado en 1833.

Informó el primer caso de bocio exoftálmico en Cuba. Comprobó por primera vez en el país la existencia de la filariosis, observó microscópicamente la microfilaria y estudió la enfermedad clínicamente. Fue el primero en nuestro medio en descubrir la Filaria inmitis (en perros), en estudiar la triquinosis y una observación suya llevada a la práctica en 1903, hizo descender la mortalidad por tétanos infantil de 1313 defunciones en 1902 a 576 en 1910.

Su nombramiento como Jefe Nacional de Sanidad, el 20 de mayo de 1902, le permitió crear la Escuela Cubana de Higienistas de principios del siglo XX, con figuras de la magnitud de los doctores Juan Guiteras, Enrique B. Barnet, Arístides Agramante, Jorge Le Roy, José A. López del Valle, Mario García Lebredo, Antonio Díaz Albertini y otros, lo que hizo posible organizar la salud pública cubana hasta elevarla a categoría ministerial en 1909, para ser cuba el primer país en el mundo en lograrlo.

El doctor Finlay es también de los pioneros de la organización sanitaria internacional en las Américas. Cuando la fiebre amarilla se convirtió en uno de los más graves problemas de la epidemiología mundial, los países de todos los continentes determinaron celebrar su V Conferencia Sanitaria, por primera vez en América (Washington, enero a marzo de 1881) y es en ella que el doctor Finlay como delegado especial de Cuba y Puerto Rico en la delegación de España, presentó por primera vez su teoría metaxénica del contagio de enfermedades.

La erradicación posterior de la forma urbana de la fiebre amarilla en el continente, fue una de las más importantes causas para la celebración de la I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas

de América en diciembre de 1902, a la que concurrió el doctor Finlay como jefe de la Delegación de Cuba y que se creara en ella, el día 2 de dicho mes y año, la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América, actual Organización Panamericana de la Salud.

Por todo ello la Representación OPS/OMS en Cuba siente, por derecho histórico, como algo propio la conmemoración de tan importante efemérides.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

· Delgado García G. La doctrina finiaista: valoración histórica a un siglo de su presentación. La Habana: CNICM, 1982.

· Delgado García G. y Pichardo Díaz M. La Representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de salud. Imp. La Habana: OPS/OMS, 2002.

ALMA ATA, 25 años.

OPS/OMS
Cuba

En Septiembre de 1978 se celebró en Alma Ata, hoy Almaty (Kazajstán) la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud** alli se emitió una declaración de gran importancia para la salud pública mundial, **LA DECLARACION DE ALMA ATA.**

La Organización Panamericana de la Salud ha considerado de significación conmemorar los 25 años de esa Declaración, propiciando una reflexión sobre su impacto en la salud pública, que permita evidenciar las lecciones aprendidas y elaborar propuestas y líneas de acción vinculándolas al cumplimiento de las Metas del Milenio.

La Declaración de Alma Ata sobre la estrategia de atención primaria constituyó un hito para la salud pública mundial por el alcance social y político de la misma. Su esencia se expresa en los fundamentos que dieron lugar a la misma y que se refieren a la voluntad y decisión política por la salud pública; la participación activa y organizada de la comunidad como eje de la estrategia; la acción Intersectorial y multisectorial; la descentralización de las decisiones y los recursos; así como la aplicación de tecnologías apropiadas para la solución de los problemas en las localidades.

En el año 1988 en Riga, se realizó el seguimiento y evaluación a los avances de la estrategia de atención primaria, se ratificó su vigencia y se privilegió

Situación de Salud por provincias

En el presente número continuamos informando sobre los perfiles de salud provincial iniciado en el Vol.7 No.1, corresponde en esta oportunidad presentar los indicadores básicos de la Provincia de Ciego de Ávila

CIEGO DE AVILA

Extensión superficial	6. 910 Km2
Indice de urbanización	74,5 %
Densidad de población	59.9 Hab/Km2
Esperanza de vida al nacer	75.36 años

INDICADORES GENERALES DE LA PROVINCIA DE SANCTI SPIRITUS

Población Total	403. 883
Población femenina	202. 882
Total de nacidos vivos	4. 970
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	12.0
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes	6.7
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	4.8
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos	6.2
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	60.4
Tasa de mortalidad materna directa por 100 000 nacidos vivos	6.7
Trabajadores de la salud	11. 279
Médicos de familia	1.183
Porcentaje de población atendida por médicos de familia	95.6
Personal de enfermería por 10 000 habitantes	65.2
Enfermeras universitarias (licenciadas)	749
Hospitales	7
Habitantes por camas de asistencia médica	3,3
Policlínicos	17
Clínicas estomatológicas	5

Consultas médicas por habitantes	5.4
Consultas estomatológicas por habitantes	2.6
Facultades de Ciencias Médicas	1
Institutos politécnicos de la salud	1
Organos de información de ciencias médicas	30

Las principales actividades económicas son, azucarera, alimentaria, ganadería y agricultura. Gran desarrollo turistico, cayería norte, Jardínes del Rey.
Las principales producciones son, cítricos, piña, platano vianda y fruta, azúcar crudo y refino, carne de res, cerdo y aves, leche.

Programa Integral de Salud del Gobierno de Cuba para América Latina y El Caribe

A finales de octubre y principios de noviembre de 1998 el Huracán Mitch azota los países centroamericanos.

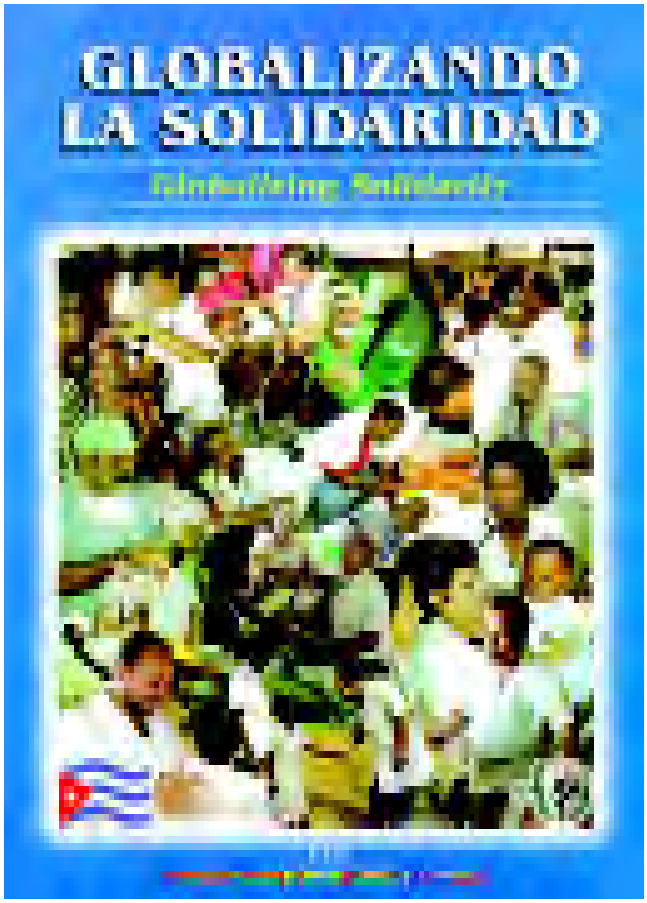
Entre los países más afectados se encuentran Nicaragua, Honduras, Guatemala y El Salvador, además de otros del área centroamericana y el Caribe como Belice, Haití y República Dominicana, estos dos últimos afectados por el Huracán George, pocos meses antes.

En la reunión celebrada en El Salvador el 9 de noviembre de 1998, los Jefes de Estado de Centroamérica comunican al mundo los destrozos provocados por el paso del Huracán Mitch y las terribles consecuencias para la infraestructura económica y social de esa región. Entre muertos y desaparecidos se calculan más de 30 000 víctimas.

Los presidentes centroamericanos lanzan una comunicación que perfila siete medidas y solicita ayuda de la comunidad internacional.

Cuba responde de inmediato a este llamado y manifiesta su total disposición de enviar todo el personal médico y auxiliar por el tiempo que fuera necesario, y convoca a los países desarrollados a aportar equipamiento técnico y medicamentos.

Ante la gravedad de la situación en estos países, el gobierno propone y comienza a desarrollar el Programa Integral de Salud (PIS) para Centroamérica y el Caribe, después ampliado a algunos países de Africa y Asia.



Principios Generales del Programa

1. La cooperación que brinda el Gobierno de Cuba se basa en el envío gratuito de colaboradores de la salud, especialmente médicos generales integrales por un período 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 trabajadores de la salud que Cuba envía.
3. Los médicos prestan sus servicios a toda la población sin distinción de raza, credo e ideología, sin mezclarse en los asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países en que laboran.

Alcance del PIS

El programa se desarrolla actualmente en 20 países.

- 6 de América Latina y El Caribe (Belice, Honduras, Guatemala, Paraguay, Venezuela y Haití)
- 13 de Africa (Burundi, Burkina Fasso, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Guinea Bissau, Lesotho, Mali, Namibia, Niger, RASD y Simbadwe)
- 1 en Asia (Cambodia)
- Las misiones médicas cubanas están conformadas en la actualidad por un total de 3 100 colaboradores, de ellos 2 303 médicos, para un 74,2 % del total.

La cooperación médica cubana trabaja en 156 departamentos o regiones y en 6 893 comunidades rurales de los 20 países, cubriendo con su atención una población de 52. 944 630 habitantes.

Desde su inicio y hasta la fecha un total de 7 140 colaboradores cubanos han prestado y prestan sus servicios a través del Programa Integral de Salud.

Programa Integral de Salud en la República Bolivariana de Venezuela

Antecedentes

El sistema de salud cubano desde hace 40 años ha colaborado desinteresadamente con 93 países en el campo de la colaboración y cooperación médica.

En 1998, como consecuencia de los terribles desastres que ocasionaron los huracanes George y Mitch a la infraestructura de salud de los países centroamericanos y caribeños, causando la muerte a más de 30. 000 personas, se inicia, como muestra de esta práctica de solidaridad de la medicina cubana, el Programa Integral de Salud, en el que han laborado ya más de 7 000 médicos y técnicos de la salud en más de 24 países.

El Programa Integral de Salud en la República Bolivariana de Venezuela cumplió más de 3 años de trabajo, donde **850** cubanos y cubanas profesionales y técnicos de la salud han laborado en la hermana nación a partir de la solicitud de ayuda humanitaria efectuada por su gobierno para enfrentar los daños ocasionados por el desastre natural provocado por las intensas lluvias en el Estado Vargas el 15 de diciembre de 1999.

El primer grupo de 64 integrantes de la brigada médica cubana arribó en horas de la noche del día 17 de diciembre de 1999 para enfrentar la contingencia de atención a la población en esas difíciles condiciones. El contingente llegó a contar con 454 efectivos en el término de una semana. Otros cientos de profesionales y técnicos de la salud quedaron listos para partir desde Cuba.

Fases del proceso organizativo

1. Inmediata partida desde La Habana hacia Venezuela del primer grupo de colaboradores para enfrentar las consecuencias de la tragedia de Vargas a petición del gobierno venezolano.
2. Implementación del modelo de atención integral a la población a partir del 2 de marzo del año 2000 que marca el inicio del paso a la normalidad.
3. Extensión a otros estados a partir del 16 de abril de 2001 en que se envían los 3 primeros colaboradores al Estado Lara y que muestran hoy presencia en 6 estados de la nación venezolana y el Distrito Federal de Caracas.
4. Consolidación de la implementación de los principales programas de salud e inserción en el Programa de Salud Venezolano.
5. Puesta en marcha el Programa Barrio Adentro, en abril del 2003, en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas.

Fase I: Partida del Contingente de ayuda a Venezuela

Desde el instante mismo de la partida se inició el proceso de organización del contingente médico cubano. Su forma extraordinariamente rápida, sólo permitió la selección de los integrantes de la brigada por perfiles de las especialidades, en el mismo avión que los condujo a Venezuela el Viceministro al frente sostiene la primera reunión a fin de organizar las brigadas que según las experiencias en otros países actuarían de forma aislada y con autonomía.

Dada la situación planteada se concibió la creación de brigadas clínico epidemiológicas y brigadas quirúrgicas y se establecieron sus integrantes, comenzando el trabajo al amanecer del día 18 de diciembre.

Las brigadas formadas se enviaron a 3 Estados: **Vargas, Miranda, Zulia** y un grupo de especialistas

que se enviaron a la capital, Caracas para asesorar al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y a la Defensa Civil.

Los resultados fundamentales en este período estuvieron relacionados con el salvamento de vidas humanas, atención a las comunidades que quedaron aisladas y que sólo eran accesibles a través del mar o de helicópteros.

Ante esta situación y superada la fase de atención quirúrgica relacionada con la emergencia, se comenzó la evacuación de las brigadas quirúrgicas hacia Cuba, manteniendo sólo un pequeño equipo en el Hospital Antonio Perdomo de Catia La Mar.

COLABORACIÓN MÉDICA CUBANA, ESTADO VARGAS

Fase de Emergencia.
Resumen de Actividades.
Del 19 de Diciembre de 1999 al 6 de Marzo del 2000.

Actividades	#
Casos vistos	241 878
·Consulta	159 822
·Terreno	26 140
·Enfermería	55 636
·MNT	2 430
Act. Vacunación	10 139
Partos	130
Quirúrgicas (+ y -)	1 209
Act. Educativas	32 160
Ingreso en el hogar	808
Visitas	15 805
·Familias	11 473
·Refugios	259
·Epidemiológicas	4 093
Acciones Sanitarias	7 296

Fase II: A partir de Marzo de 2000, la dirección de salud del estado Vargas se plantea el inicio del modelo de atención integral, modalidad de atención primaria de salud para las comunidades para dar respuesta a los ingentes problemas de insalubridad identificados y lograr cambios en los hábitos y costumbres de la población que pudieran favorecer y proteger la salud Dadas las realidades del estado Vargas con zonas distantes, caminos muy deteriorados y una centralización excesiva de los servicios de salud y la gerencia, se propone al Director de Salud la descentralización en correspondencia con las propias políticas del Ministerio de Salud de Venezuela, por lo que el estado Vargas se divide en cuatro regiones sanitarias con responsabilidades geográfico poblacional.

En Vargas se establecieron 47 ambulatorios, de ellos 28 típicos y 19 en locales adaptados para garantizar la atención médica, se trabajó en la formación de brigadistas sanitarias donde se graduaron 263 y permitió fortalecer los servicios de salud.

Fase III: A partir del día 16 de abril de 2001, con la incorporación de 3 médicos en el Estado Lara, se da inicio a la extensión de la colaboración médica cubana hacia otros territorios de la Republica Bolivariana de Venezuela y que hoy están presentes en 6 estados.

Fase IV: Inserción en el SNS venezolano, reconocimiento de nuestro trabajo por los organismos de las Naciones Unidas y la consolidación de la implementación de los principales programas de salud.

Fase V: El 21 de abril la colaboración médica cubana se inserta en un nuevo programa comunitario llamado "Barrio Adentro" comenzando en los cerros del Municipio Libertador, el cual se extiende a los estados de Miranda y Lara.

La brigada medica cubana en el Programa Integral de Salud cuenta con 208 colaboradores y la cobertura de atención médica en los 6 estados en que labora es de un 4,66% de la población de 40 Municipios y 178 comunidades.

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.

ESTADOS	Cobert. (%)	Total de municipios	Municipios atendidos	Comunidades atendidas	Poblac. Total	Poblac. atendida	Familias atendidas	Tipo Ambult. I	Tipo Ambult. II
BARINAS	3,6	12	11	29	609285	22343	4436	29	1
CARABOBO	1,4	14	3	11	2200000	31550	6310	15	
GUARICO	36,8	15	8	11	64911	23879	737	6	9
LARA	8,0	9	9	104	1608630	129369	16536	83	
TRUJILLO	3,3	20	5	16	594009	19624	6 713	17	
VARGAS	19,9	9	4	7	131000	16247	3249	5	
TOTAL	**4,66**	**79**	**40**	**178**	**5207835**	**243012**	**44615**	**155**	**10**

COMPOSICIÓN DE LA BRIGADA SEGÚN SEXO POR ESTADOS

Cooperantes Estado	Sexo M	F	Total
Barinas	19	15	34
Carabobo	12	8	20
Guárico	7	8	15
Lara	40	50	90
Trujillo	12	8	20
Vargas	18	11	29
Total PIS	**108**	**100**	**208**

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

La actividad científica siempre ha estado presente en el trabajo de la colaboración. En el año 2000, los estados Vargas y Miranda crearon sus respectivas comisiones y desarrollaron la 1ra jornada y el Forum de Ciencia y Técnica.

De este último evento fueron seleccionados 8 trabajos y se presentaron en el Forum de Ciencia y Técnica efectuado en Cuba en enero del 2001, cuatro de ellos fueron seleccionados como destacados.

En el año 2001 en la medida que se expandía la colaboración a otros estados, fueron creándose las respectivas comisiones científicas y a su vez, se creó la Comisión Nacional integrada por un representante de cada estado. Durante esta etapa se han efectuado Jornadas en los estados: Vargas, Miranda, Barinas y Lara.

En octubre del 2002 en el estado Vargas se realiza la III Jornada Científica Nacional de la colaboración en la que participaron representaciones de todos los estados, mas de 70 trabajos, conferencias magistrales, representantes de las comunidades, y una nutrida representación de médicos cubanos y venezolanos, presidida, entre otras personalidades por el Presidente del Consejo Legislativo del Estado, Presidente del Fondo Único Social del Estado Vargas y otras.

Se han realizado 3 jornadas científicas nacionales con 260 trabajos presentados y 216 participantes.

En lo que va del año 2003 se han realizado 4 jornadas científicas de Estado con la participación de 185 colaboradores y la presentación de 115 trabajos científicos.

Se ha trabajado con la formación de recursos humanos, brigadistas sanitarias, promotores de salud y capacitación al personal técnico con más de 4000 capacitados.

También nuestros colaboradores han recibido capacitación y se han realizado 8 000 actividades docentes en forma de taller, boletines, conferencias y otras modalidades que complementan la actividad científica.

COMPORTAMIENTO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES

INDICADORES desde	Acumulado ene – ago 2003	Acumulado el inicio
Total de casos vistos (consultas médicas, actividades de enfermería y consultas en el hogar)	748 758	7 525 995
Consultas en el hogar	152 083	1 333 113
Consultas de Medicina	190 204	4 426 260
Consultas de Pediatría	156 448	2 109 164
Consultas de Obstetricia	23 846	583 689
Consultas de Ginecología	36 079	65 001
Vidas Salvadas	23 927	102 553
Partos	311	2 914
Total de Operaciones	5 085	34 131
Vacunas Aplicadas	63 246	520 233
Actividades Educativas	422 623	1 721 518
Actividades Docentes	3 073	7 324
Equipos Reparados y o Recuperados	927	2 045

Resumiendo:

- Han estado presente en el país en el Programa Integral de Salud **850** colaboradores.
- Actualmente nos encontramos en 6 Estados con una cobertura a 40 Municipios, 178 comunidades y el 4,66 % de la población de esos estados.
- Se han abierto 11 servicios médicos en las comunidades de la red ambulatoria, relacionados con MNT, Pediatría, Ortopedia, Dermatología, Oftalmología y se han creado los CECAI, los Centros Comunitarios de Atención Integral, lo cual a conllevado a la realización de Proyectos de Comunidades Saludables con su consiguiente declaración.
- Se ha participado en 11 campañas de vacunación.
- Se ha reducido la tasa de mortalidad infantil en las comunidades atendidas por médicos cubanos a 3.5 fallecidos por 1000 NV.
- Se han recuperado ó reparado más de 2000 equipos médicos y no médicos lo que ha representado un ahorro de más de 26000 USD.
- Se han realizado más de 8000 actividades docentes.
- Se realizó el lanzamiento de un libro para niños de las comunidades pobres en el estado de Lara, con la autoría de un colaborador del Estado.

COOPERACIÓN TÉCNICA DE OPS/OMS CON CUBA: PROYECTO DE DESARROLLO MUNICIPAL. 2003

El proceso de descentralización que el país lleva a cabo y del que se derivan nuevas misiones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) en todos sus niveles y elementos, organizaciones e instituciones, tiene como objetivo la solución de problemas mediante el perfeccionamiento de los Recursos Humanos, la participación social, la intersectorialidad y la movilización de recursos, por lo que contribuye a garantizar la sostenibilidad de los programas a nivel local.

En esta proyección estratégica se han adoptado formas participativas como son los Consejos Nacional, Provincial, Municipal de Salud y los Consejos Locales de Salud, órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr un mayor impacto en las condiciones de salud, en el bienestar social y la calidad de vida.

El municipio constituye el espacio para concretar la estrategia de desarrollo humano y garantizar la equidad, y avanzar hacia la consolidación y sostenibilidad de los logros sociales.

El Proyecto de Desarrollo Municipal es, en esencia, la integración de todos los actores del territorio bajo la conducción de las instancias político – administrativas para perfeccionar la ejecución de la estrategia de Atención Primaria de Salud y en especial fortalecer la preparación y el papel de liderazgo del Médico y Enfermera de la Familia; para elevar la calidad de vida de su población. Al mismo tiempo, el proyecto contribuye a aumentar y desarrollar capacidades locales para instrumentar las políticas, estrategias e indicaciones metodológicas del Estado, del gobierno y del SNS; enriquece la creatividad e iniciativas de los sectores e instituciones en el territorio y de la comunidad vinculadas al desarrollo humano y trabaja para fortalecer la concepción de salud como fuente de desarrollo y ampliar el sentido político de su quehacer.

El Proyecto de Desarrollo Municipal es formulado, ejecutado y evaluado por autoridades del gobierno municipal, el cual cuenta con la participación y el apoyo del resto de los niveles del SNS y de otras instancias de gobierno, instituciones y sectores que se integran, para dar respuesta a la demanda municipal.

El proceso se basa en los siguientes elementos que son considerados premisas para abordar los problemas de desarrollo local:

- Participación social y comunitaria
- Desarrollo de los recursos humanos
- Acción multisectorial e intersectorial
- Desarrollo gerencial
- Movilización de recursos
- Políticas saludables
- Comunicación social

La base fundamental para lograr la participación de todos radica en las políticas y estrategias del país que la favorecen e instrumentan, pero, al mismo tiempo resulta imprescindible la incorporación sistemática de nuevos conocimientos, la introducción de técnicas actualizadas, la extensión de experiencias y el desarrollo de las relaciones interpersonales, grupales e institucionales, todo ello para hacerla sostenible y que la motivación por favorecer la participación se incorpore aún más a la práctica diaria en el trabajo de dirección y en la conducta individual.

Los conceptos gerenciales modernos deben apoyar estos procesos locales y coadyuvar a lograr mayor integración, trabajo en equipo, y liderazgo, favorecer el pensamiento estratégico de los involucrados. El desarrollo de la informatización para la gestión municipal y la información científico-técnica, la planificación local y la administración estratégica, el fortalecimiento de la economía de la salud, la vigilancia, la estadística sanitaria, el perfeccionamiento de la infraestructura en el desarrollo de los recursos humanos y de los servicios de salud resultan áreas prioritarias para el desarrollo gerencial.

La movilización de recursos humanos, técnicos y financieros (internos y externos) para el desarrollo municipal surge de un planteamiento de gobierno, es asesorado por Salud Pública y cuenta con la participación de todos los sectores y organizaciones interesados; recoge la respuesta (organizada en proyectos) ante la identificación de problemas que afectan el bienestar y la calidad de vida de la población, que incluyen los centros económico-productivos y de servicios significativos para el

territorio.

El Proyecto de Desarrollo Municipal es el eje conductor para el proceso de fortalecimiento del territorio, y contribuye a la implementación al Movimiento de Municipios por la Salud, que es a la vez importante materialización de la promoción de salud en los diferentes escenarios del ámbito local. Este movimiento se inició en el país en 1989, estableciéndose la Red Nacional en 1994 cuenta en la actualidad con 88 municipios. Esta red es coordinada por la Comisión Permanente de Salud y Deportes del Parlamento cubano, el MINSAP y OPS/OMS.

Asimismo, la iniciativa de "Salud y Desarrollo" que comenzó en 1997, vincula el desarrollo económico del municipio y la salud, en la búsqueda de la coordinación, conciliación y participación de los sectores económicos más importantes en el desarrollo municipal. Hoy contamos con experiencias en varios sectores de la economía tales como el azúcar, el café, la industria, el arroz, la pesca, el turismo, y el pecuario.

El proyecto Municipios Productivos con el sector pecuario comenzó en 1997, y está dirigido a la coordinación y acción en favor del desarrollo alimentario sostenido en el ámbito comunitario con recursos propios, basado en la integración de varios sectores y los criadores de animales de rápida conversión. Este proyecto es coordinado por el Instituto Nacional de Veterinaria y participan también el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, el Ministerio de la Agricultura y el MINSAP. La cooperación de OPS/OMS acompaña 94 proyectos en Consejos Populares pertenecientes a 51 municipios.

Por otra parte, dentro de esta iniciativa de desarrollo municipal, la cooperación apoya los proyectos de Atención Primaria Ambiental, Vivienda Saludable y Ambiente de Trabajo Saludable, que se ejecutan como prioridades locales. Están dirigidos a controlar los factores del ambiente que afectan la salud de las comunidades mediante la incorporación de actividades de promoción y prevención de salud en las localidades.

Estrategia del Proyecto

El Proyecto de Desarrollo Municipal se formula sobre la base del análisis de la situación de salud del municipio y las indicaciones de gobierno para los diferentes sectores, adecuadas a las realidades locales, así como de los lineamientos emanados de la Asamblea Municipal del Poder Popular para el desarrollo socioeconómico del territorio.

La estrategia fundamental del Proyecto se basa en su carácter integral y participativo lo que debe conducir a la necesaria movilización local para alcanzar los objetivos de las políticas del país en materia de salud, su repercusión y la relación con el desarrollo socioeconómico en cada territorio.

La estrategia puede resumirse en la preparación del personal para identificar correctamente los problemas, incorporando metodologías y estilos de trabajo adecuados para proponer alternativas de solución y estar en capacidad de movilizar recursos internos y externos, teniendo en cuenta situaciones objetivas y negociadas en el ámbito local, con impacto positivo sobre la salud y la calidad de vida.

Propósito

Contribuir al desarrollo municipal y al mejoramiento de la calidad de vida de la población desde la perspectiva de salud, aportando conocimientos, métodos y técnicas que favorezcan la integración y la participación social para lograr mayores niveles de eficiencia y efectividad en las diferentes acciones de salud.

Objetivos

- Contribuir con la estrategia de descentralización del país y en especial del SNS, para el desarrollo local, a través del fomento de la participación social y la integración de sectores, organizaciones e instituciones de la localidad.
- Instrumentar un proceso capacitación que favorezca el desarrollo de una cultura de proyectos para la movilización de recursos internos y externos.
- Apoyar el papel de las estructuras provinciales del sector salud y la universidad en los procesos de desarrollo local.
- Contribuir a crear un espacio estructurado para integrar la cooperación internacional de Naciones Unidas, ONGs y otras fuentes de colaboración externa.

Método

El proceso de desarrollo planteado toma como unidad básica para su ejecución el municipio.

La formulación del Proyecto de Desarrollo Municipal, se garantiza a través de la participación del SNS por intermedio de un grupo de trabajo

integrado por los niveles central y provincial, donde participan las instancias de gobierno local, sectores y organizaciones, con el acompañamiento de la OPS/OMS.

La identificación de los problemas de salud y el planteamiento de objetivos de trabajo son el elemento esencial de la planificación local. El análisis de la situación de salud es el instrumento central utilizado, enriquecido por el criterio del resto de los participantes, en el análisis de problemas. Los pasos que se siguen son:

- Reunión en el municipio con las autoridades políticas, administrativas, la dirección de salud y los Consejos Municipales de Salud, donde se analiza la propuesta de incorporación al proyecto por parte del MINSAP y la OPS/OMS.
- Formación del Grupo Municipal de Proyectos que tiene carácter intersectorial y comunitario, bajo la coordinación del Director Municipal de Salud.
- Capacitación del Grupo Municipal en el Método del Enfoque Lógico para la formulación de proyectos.
- Formulación del Proyecto según situación de salud y calidad de vida.
- Presentación del Proyecto por el Director Municipal de Salud y la correspondiente aprobación por el gobierno municipal, donde participan además los distintos niveles del SNS y la Representación de OPS/OMS.
- La ejecución del Proyecto se realiza en el municipio con la participación activa del gobierno local, la comunidad y la acción intersectorial, acompañado por la provincia, el nivel central, las facultades, el Punto Focal de Cooperación MINSAP-OPS/OMS y la Representación de la OPS/OMS en Cuba.

Seguimiento y evaluación

El seguimiento en la ejecución del proyecto se realiza por el Punto Focal de Cooperación así como por las visitas de control provincial y por las conjuntas MINSAP-OPS/OMS. El Punto Focal de Cooperación que es la unidad organizativa de carácter funcional, actúa como facilitador y coordinador en la orientación estratégica del proyecto local y constituye un elemento esencial que potencializa la capacidad operativa en cada territorio (Oriente, Centro-Oriente, Centro, Occidente y Ciudad Habana).

El Proyecto de cada municipio contiene los indicadores que miden el cumplimiento de las actividades acordadas para cada año.

Se establece desde el inicio de este proceso un sistema de evaluación interna realizado por el municipio que cuenta con la información que ofrecen las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS) municipales y provinciales y otros sistemas de información con que cuenta el municipio.

En el año 2003 existen 52 municipios con Proyectos de Desarrollo Municipal, con el acompañamiento de OPS/OMS, en todas las provincias del país.

PROYECTO: DESARROLLO MUNICIPAL. LOCALIDADES INCORPORADAS

PROVINCIA	MUNICIPIOS	*PROVINCIA*	*MUNICIPIOS*
Guantánamo	Baracoa	Cienfuegos	Cienfuegos
	Maisí		Cumanayagua
	Niceto Pérez		Abreus
Santiago de Cuba	Santiago	Matanzas	Cárdenas
	II Frente		Jovellanos
	III Frente		Varadero
Granma	Río Cauto	La Habana	San Nicolás
	Media Luna		San José
Bayamo			Batabanó
	Jiguaní	Ciudad de la Habana	10 de Octubre
Holguín	Urbano Noris		Habana Vieja
	Báguanos		Centro Habana
	Rafael Freyre		Cerro
Tunas	Puerto Padre		Plaza
	Amancio Rodríguez		Playa
	Colombia		

PROVINCIA	MUNICIPIOS	*PROVINCIA*	*MUNICIPIOS*
Tunas	Jobabo	Ciudad de la Habana	San Miguel del Padrón
	Majibacoa		Arroyo Naranjo
	Menéndez		Habana del Este
	Las Tunas		Boyeros
	Manatí		Regla
Camagüey	Esmeralda		Guanabacoa
	Sibanicú		La Lisa
	Santa Cruz del Sur		Cotorro
	Florida		Marianao
Ciego de Avila	Morón	Pinar del Río	San Cristobal
	Venezuela		Viñales
	Ciro Redondo		Pinar del Río
Sancti Spíritus	Yaguajay		
	Trinidad	*Municipio Especial Isla de la Juventud*	
	Fomento		
Villa Clara	Santa Clara		
	Manicaragua		
	Caibarién		

EXPERIENCIA SOBRE DESARROLLO LOCAL Y COOPERACIÓN TÉCNICA EN ZONAS METROPOLITANAS.

La Ciudad de La Habana, cuenta con una extensión territorial de 727,4 Km2 y una población de 2 185 074 habitantes, con un total de 15 Municipios , que varían de acuerdo a sus aspectos sociodemográficos.

El desarrollo local en grandes ciudades representa un reto para lograr bienestar y calidad de vida, debido a las complejidades de los centros urbanos en relación a su demografía, infraestructura de servicios y el gobierno de la jurisdicción. En el caso de Ciudad Habana se comenzó un proceso de identificación ,explicación y búsqueda de alternativas a la solución de los problemas, la formulación y el desarrollo de proyectos por cada una de las jurisdicciones municipales así como la movilización de recursos internos y externos en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, para lo cual se utilizó la metodología del Enfoque Lógico y nos planteamos en nuestro árbol de objetivos lograr un suficiente desarrollo humano y socioeconómico aumentando los niveles de Salud y grado de satisfacción de la población e incorporando en el territorio una cultura de proyectos.

Las líneas directrices con las que hemos trabajado durante estos años son las siguientes:

- Desarrollo Gerencial.
- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Promoción de Salud y Comunicación social .
- Medio Ambiente.
- Información Científico Técnica y Sistema de Vigilancia.
- Grupos Vulnerables.

La estrategia de Cooperación en Ciudad Habana esta basada en el vinculo interactivo con la comunidad, las Universidades, los Gobiernos locales, la Escuela Nacional de Salud Publica ,otros sectores y los 8 departamentos de Salud de las Facultades de Ciencias Médicas de la capital, con el Punto Focal de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS en el territorio.

El fortalecimiento del proceso esta dado por la capacitación de las autoridades de los gobiernos locales en la mejor identificación de los problemas , la planificación estratégica, la dirección por objetivos y el desarrollo de la cultura de proyectos en cada territorio, esta actividad es jerarquizada por el Presidente del Gobierno Municipal y su Vicepresidente, permite además dotar al gobierno local, a los consejos populares y las organizaciones representadas en la comunidad, de herramientas para su trabajo y así aplicar novedosos estilos de dirección y participación en función de mejorar la calidad de vida de su comunidad.

Los proyectos de desarrollo municipal han requerido de la utilización de información científico técnica y de capacidad instalada, para realizar estudios con vista a determinar necesidades sentidas

y mayor divulgación e información especializada para todos los usuarios, además promover los trabajos científicos y técnicos generados en cada territorio.

Para nuestra capital ha sido de vital importancia contar con el Proyecto de Desarrollo Municipal en cada localidad, pues las Asambleas del Poder Popular han podido desplegar sobre la base de un trabajo unitario y colectivo la combinación de la centralización y la descentralización para sus decisiones, además cuenta con la incorporación de la población a las actividades estratégicas en la solución de los problemas en un momento determinado. Ej. Erradicación del Dengue en 72 días en el mes de marzo del 2002. También se ha logrado la capacitación de 86 267 personas, 27 179 del sector salud y 59 088 de otros sectores en temas como Desarrollo Gerencial, Dirección por Objetivos, Metodología de Proyectos ,y otros temas relacionados con las diferentes actividades locales, lo cual ha tenido un impacto positivo en los equipos de dirección y en los indicadores específicos alcanzados por los diferentes sectores a nivel municipal.

En el Programa de Calidad de Vida que se desarrolla en la capital se han observado notables resultados, por el beneficio que reporta a la salud publica la participación intersectorial, así como el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia e información científico técnica, también el trabajo en el reforzamiento de la atención a los grupos vulnerables (ancianos ,embarazadas adolescentes , discapacitados mediante el apoyo de las actividades de los programas a través de la capacitación de recursos humanos y movilización de recursos.

Alcanzamos en el año 2002 una movilización de recursos externos de 6 802 475.00 USD, contamos con 56 proyectos financiados y 148 en la carpeta provincial de proyectos de colaboración.

La importancia de desarrollar estos proyectos en la capital es que con la capacitación de los recursos humanos, la capacidad instalada creada ,y las carpetas de proyectos para la movilización de recursos internos y externos, se ayuda al mejoramiento de la calidad de vida de la población, pues se logra un impacto en la Salud, Educación, Deporte y Medio Ambiente así como la Cultura Comunitaria entre otros.

Este proyecto se puede acometer en las grandes ciudades siempre y cuando exista voluntad política, descentralización de los recursos (internos y externos), la participación intersectorial y en especial la participación con la comunidad. Por otra parte el abordaje metodológico debe ser orientado desde abajo hacia arriba, trabajando en las jurisdicciones político- administrativas y con las comunidades organizadas que forman parte de la ciudad.

MINISTERIO DE LA AGRICULTURA INSTITUTO DE MEDICINA VETERINARIA MOVIMIENTO DE MUNICIPIOS PRODUCTIVOS

Situación Alimentaria en el país

La producción de alimentos para satisfacer las demandas nutricionales de la población, ha constituido una de las metas fundamentales del estado cubano, llegando ha cumplir con este objetivo en la década del 80 mediante el desarrollo de una agricultura intensiva que estaba respaldada por el consumo de elevados volúmenes de fertilizantes, productos químicos, extensas áreas con sistemas de riego, pastos artificiales, suministro de concentrados para los animales, que lograron el incremento de la productividad y la obtención de niveles aceptables en la disponibilidad de proteínas de origen animal (leche, carne y huevos).

En 1990, en la Cumbre de la Tierra celebrada en Río de Janeiro, se denunció la naturaleza contaminante de la producción que usa grandes insumos químicos y se realizó un llamado para desarrollar entre otros aspectos, una agricultura sostenible para la conservación del planeta. Cuba se pronunció enérgicamente en apoyo a estos acuerdos y se fortalecieron las acciones a fin de producir alimentos sanos para la población. Además de lo anterior, la década del 90 representó para el pueblo cubano un gran desafío. La desaparición del Campo Socialista y el recrudecimiento del bloqueo por parte del Gobierno de los Estados Unidos, provocó una profunda crisis económica que tuvo su mayor impacto en la alimentación de la población al deprimirse la producción e importación de alimentos. En un breve espacio de tiempo disminuyó ostensiblemente la disponibilidad de los nutrientes básicos en la dieta, de forma particular la energía y proteína de origen animal.

Como respuesta a esta difícil situación el Gobierno Cubano jerarquizó la producción de alimentos y priorizó cualquier acción dirigida a este objetivo.

[1] Ciudad Habana, Cuba

En el año 1993 comenzó a desarrollarse a gran escala la producción de hortalizas mediante una estrategia de carácter local, promoviendo la producción de estos alimentos en cada metro cuadrado de las ciudades, pueblos y asentamientos poblacionales con principios de agricultura sostenible. Este proceso denominado **Agricultura Urbana**, se ha ido desarrollando en los últimos años e incorporando otros Subprogramas que hacen un total de 28, algunos de ellos destinados a la producción animal, fundamentalmente en las especies porcina, avícola, ovino caprina, cunícola, acuícola y apícola.

Otra de las medidas adoptadas fue el fortalecimiento de los Gobiernos Locales, teniendo como elemento principal en la división Político Administrativa, el Municipio, fortalecido con la creación en el año 1992 de los Consejos Populares que es la célula fundamental en la acción del Gobierno, a los cuales la Ley # 91 en su Capítulo 3, entre otras atribuciones y funciones los faculta a "Trabajar activamente para que se satisfagan las necesidades asistenciales, económicas, educacionales, culturales y sociales de la población y en la búsqueda de soluciones a los problemas planteados", así como a "Promover la participación de la población, de las instituciones y entidades de la demarcación para desarrollar iniciativas que contribuyan a lograr el mayor avance en las tareas que se propongan y cohesionar el esfuerzo de todos".

También se ampliaron las misiones estratégicas en los Municipios y se les dotó de una mayor autonomía, incrementándose la motivación y participación de la población en su conjunto, la que se convierte en protagonista directo en la solución de sus problemas.

Un importante eje del desarrollo local lo ha constituido el Ministerio de Salud Publica, quien ha venido trabajando acompañado por la Organización Panamericana de la Salud en los Proyectos de Desarrollo Municipal, para el que también es objetivo fundamental, la disponibilidad de una base alimentaría para la población.

El Instituto de Medicina Veterinaria (IMV)

Pertenece al Ministerio de la Agricultura (MINAGRI), es el organismo rector de la salud animal en Cuba, dirige el servicio de Medicina Veterinaria y desarrolla su trabajo apoyándose en los sistemas siguientes: Vigilancia Epizootiológica, Control de Programas de Lucha contra las Enfermedades, Servicio Veterinario de Fronteras, Red Diagnóstica, Control Sanitario de los Alimentos, Control Estatal de los Medicamentos y Asistencia Veterinaria a los animales.

Para el cumplimiento de sus funciones el IMV cuenta con una estructura vertical de la nación a la base, el Municipio es el órgano local de atención donde están representados todos los servicios de la medicina veterinaria, los cuales forman a ese nivel el Consejo de Salud Municipal, conjuntamente con los órganos administrativos y de gobierno. La atención veterinaria del servicio estatal, llega hasta el Consejo Popular, que es la forma de gobierno de base de nuestro país.

El IMV desarrolló a partir del año 1986 con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa el Sistema de Vigilancia Epizootiológica por cuadrantes geográficos, que le permitió identificar en cada localidad a todos los productores de animales, establecer los rangos de densidades de las diferentes poblaciones animales para espacios ganaderos de un kilómetro cuadrado y con ello estar en condiciones de ejercer acciones para incrementar la producción, combatir las enfermedades, educar en la producción de alimentos inocuos y proteger el Medio Ambiente. A partir de 1996, sustentado en el fortalecimiento de su sistema y su capacidad de convocatoria, comenzó el IMV a desarrollar el Movimiento de Municipios Productivos con el acompañamiento de la OPS.

Municipio Productivo

Es aquel donde se coordinan acciones que fomentan la salud y la productividad animal de forma sustentable, aglutinando a los actores políticos, económicos y a la población, en interés de mejorar el bienestar de la comunidad.

Esta se basa en el incremento de la producción y consumo de proteína de origen animal con la contribución de profesionales y técnicos capacitados en una población con cultura nutricional protegida; individual y familiarmente; sin dañar el medio ambiente y teniendo presente la mitigación de los daños ante la posible ocurrencia de desastres naturales.

Objetivos del Movimiento

- Lograr que los gobiernos municipales aprueben el desarrollo de este proceso en sus respectivos territorios.
- Sensibilización de los principales actores sociales del Municipio, Provincia y Nación.

- Alcanzar en un período de tres años que los 169 Municipios al menos cuenten con un Consejo Popular Productivo.
- Sistematizar las experiencias, divulgar resultados e incentivar el apoyo recíproco entre Municipios participantes.
- Lograr una mayor cooperación intersectorial.

Resultados esperados

- Red de municipios participantes fortalecidos, logrando avances notables desde el punto de vista productivo en los Consejos Populares seleccionados, los cuales servirán como puntos pilotos para continuar avanzando.
- Actores sociales capacitados mediante el trabajo sistemático de los educadores (Universidades, Instituciones Científicas, Especialistas, etc.)
- Participación social intensa.
- Perfeccionamiento de los programas de salud animal para aquellas enfermedades presentes en el país.

Estrategia

Las actividades de protección y fomento de la productividad animal para mejorar la capacidad de producción de alimentos para la población y mejorar las condiciones de vida de los productores y de los consumidores, se caracterizan en el ámbito social, por la participación comunitaria e intersectorial, dado el desafío creado por el período especial en materia de abastecimiento de alimentos.

El éxito de estas acciones está en gran parte condicionado por su focalización en el ámbito local, que es la base de las acciones sociales a nivel provincial y nacional.

El espacio productivo ganadero mas adecuado en Cuba es el municipio, contando dentro de él, como elemento fundamental de su promoción y dinamismo, a los Consejos Populares. Al Instituto de Medicina Veterinaria (IMV) le corresponde impulsar y acompañar este proceso y asesorar a los representantes de todos los sectores de la sociedad involucrados en el Proyecto. Por tales motivos, el Movimiento de Municipios Productivos en Cuba se expresa por tres procesos estratégicos: la descentralización, la movilización de recursos y la acción intersectorial, los cuales se concretan a través de la formulación y ejecución del Proyecto.

En cuanto a los procesos estratégicos, la descentralización viene a ser una respuesta del IMV a la descentralización que se desarrolla en todas las esferas del país (Política, Económica y Social) lo cual significa construir alternativas adecuadas para el incremento de la producción familiar en las diferentes territorios de la Nación. Esto ha posibilitado que los Dirigentes y Especialistas de todos los niveles se aproximen y en muchos casos interactúen con la realidad local, los cuales son los protagonistas del quehacer social y económico de cada municipio y localidad.

La movilización de recursos es otro eje fundamental que ha permitido de forma fehaciente incorporar a la Institución y en otros sectores la "cultura de proyectos" para dar respuesta a la dirección por objetivos que el país ha establecido para su desarrollo estratégico. Esto ha significado la capacitación de numerosos Profesionales y Técnicos en todos los niveles para lo cual ha sido decisivo haber contado con la colaboración de la Representación de la OPS/OMS en Cuba, además de contar con la disponibilidad de las Carpetas de Proyectos para la movilización de recursos tanto internos como externos. Existe a nivel Nacional, Provincial y Municipal una capacidad desarrollada con esta finalidad que debe continuarse profundizando en los próximos bienios.

La acción intersectorial constituye un elemento imprescindible, por cuanto permite visualizar los problemas y abordarlos con criterios de integralidad y de generalidad, este proceso ha sido muy importante para la vinculación en los territorios de las potencialidades de los sectores sociales con los económicos en función de la salud Animal, productividad y el bienestar de la población.

Los procesos antes señalados contribuyen en su conjunto a consolidar la expresión integral de la ejecución del proyecto y su sostenibilidad y por tanto es el ámbito local al final el que alcanza el fortalecimiento a través de estos procesos.

Es necesario, para asegurar el buen desarrollo del proceso, actual en forma complementaria en tres niveles:

Nacional: Las acciones se encaminan a los aspectos de sensibilización de los órganos centrales, la organización y normalización del proceso, así como de su desarrollo metodológico.

Provincial: Las actividades se dirigen a la preparación de los actores y dirigentes relevantes en este nivel involucrados con la protección y fomento de la productividad para que sean los dinamizadores, facilitadores y mediadores de las actividades a nivel local.

Local: Es aquí donde se desarrollan los proyectos municipales específicos que constituyen el núcleo del proceso propuesto. En este nivel la fuerza está en el proceso participativo (deliberación, consenso, negociación, etc.), en el que se intercambian experiencias y conocimientos, se analizan y discuten los resultados, se asumen y se cobra el cumplimiento de compromisos y responsabilidades, además es donde se discuten y aprueban decisiones y orientaciones.

Como resultado de las acciones efectuadas hasta el presente se han identificado los enfoques funcionales del proyecto, lo que estratégicamente permitirá continuar ampliando y consolidando el trabajo futuro. Estos son:

- La producción vinculada con la salud y el bienestar de la población.
- Perfeccionamiento de los recursos humanos, técnicos y tenedores de animales.
- Seguridad individual y familiar como actividades para el fomento de salud.
- Educación para la salud en función de elevar la cultura alimentaría e higiénico-sanitario de la población.
- Intersectorialidad como respuesta al desarrollo municipal.
- Conservación del Medio Ambiente.
- Preparación de la Instituciones y la población para enfrentar los daños de posibles desastres naturales.

En la actualidad se encuentran incorporados a este Movimiento 97 municipios y 180 Consejos Populares

Estructura del Proyecto

A nivel Central está constituido el Grupo Nacional de Proyectos, el cual consta de doce especialistas, este mismo grupo se constituye en las Direcciones Provinciales existiendo a nivel municipal similar estructura lo que garantiza no solo el fortalecimiento del trabajo gerencial, sino que contribuye de forma decisiva en la conformación de las carpetas de proyectos a todos los niveles y además eleva la cultura sobre esta metodología en el sector. La Dirección se desarrolla de forma vertical, las principales funciones del grupo son:

1. Asesoría técnica a los diferentes niveles.
2. Control y evaluación de la ejecución de los proyectos.
3. Formulación de las carpetas de proyectos a las diferentes instancias.
4. Movilización de recursos (internos y externos).
5. Coordinar el proceso intersectorial.
6. Desarrollar la colaboración técnica con la OPS, otras Agencias de Naciones Unidas y las ONG.

Ejecutores

Nación: La Dirección General del *IMV*, los órganos ejecutivos del *MINAGRI*, los Institutos de Investigaciones y ONG afines.

Provincia: La Dirección del *IMV*, los especialistas requeridos, la Delegación del *MINAGRI* y las *ONG* afines.

Municipio: La Dirección del *IMV*, los *Consejos Populares*, Delegación del *MINAGRI*, *MINSAP*, *Educación*, *Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente*, las *Organizaciones Productivas*, *la Comunidad* y las *ONG.*

Beneficiarios

Los habitantes de los territorios participantes, las estructuras locales de Gobierno, las Organizaciones Comunitarias y las Instituciones participantes.

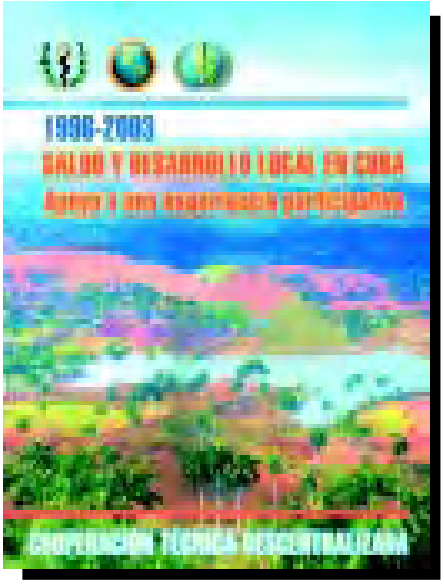
Cooperación Técnica entre paises

SITUACION ACTUAL DE PROYECTOS CTP PARA EL PERIODO 2001-2002

NOMBRE DEL PROYECTO		PAIS
Control de Calidad de Inmunobiológicos, Medicamentos y Saneantes	*	Brasil
Ciencia y Técnica	*	El Salvador
APA y residuos sólidos.	*	Haiti
Desarrollo municipal	*	Rep. Dominicana
Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional.	*	Salvador
		Honduras
		Guatemala
		Cuba
Proyecto Colaboración en Leptospirosis	*	Honduras
Economía de la salud	*	México
Salud mental	*	R. Dominicana
Impacto de la implementación de la CIE 10	*	Colombia
Biblioteca Virtual en Medicina Tropical	*	Panamá
Descentralización y desarrollo local	**	Guatemala
Mantenimiento de equipos	*	Haiti
Residuos sólidos	*	Haiti
Calidad de vida	**	Chile
Promoción de salud en ámbitos locales	*	Canadá
Formación de codificadores de mortalidad	*	Chile
Fortalecimiento del servicio de oncología y mantenimiento de equipos	*	Bahamas
Fortalecimiento de la vigilancia sobre dengue y malaria	**	Nicaragua

* Aprobado
** En negociación

Publicaciones



Director OMS

El doctor J. W. Lee pronunció un discurso el día 21 de Mayo en la Asamblea Mundial de la Salud al ser electo como Director General de la OMS, en el cual destacó las principales orientaciones que guiarán su labor al frente de la Organización, al respecto un resumen de esa intervención:

"Hace 25 años, la Declaración de Alma Ata proclamó la meta de salud para todos en el año 2000, que debía alcanzarse mediante el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud. No podemos retrasar el reloj de Alma Ata. Pero debemos renovar el compromiso fundamental de lograr la equidad expresado en la fórmula <salud para todos>. La OMS debe trabajar para convertir ese ideal en resultados medibles estableciendo un nuevo tipo de relación con los Estados Miembros".

La clave de la labor de la OMS en los próximos años será un nuevo compromiso para conseguir resultados en los países. De aquí a cinco años, nuestras operaciones se habrán centrado mucho más en los países. Estaremos más cerca de la base e intensificaremos nuestra colaboración con las autoridades sanitarias nacionales para dar respuesta a sus objetivos prioritarios en material de salud...Este compromiso enunciado por el Director General tiene cinco consecuencias principales:

La primera consecuencia es la búsqueda activa del logro de objetivos sanitarios medibles incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en septiembre del 2000 en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Estos objetivos son elementos estratégicos claves de un amplio programa sanitario basado en el legado de Alma Ata. Un elemento central de este programa debe ser la lucha contra el VIH/SIDA, así mismo se promoverá el logro de otras metas sanitarias.

La segunda consecuencia consiste en destinar más recursos a los países, se trata de aplicar nuestra fuerza institucional – la de toda la OMS- allí donde pueda ser más útil para atender las necesidades de los países.

La tercera es la eficiencia, se propone introducir cambios concretos en cuanto al establecimiento de prioridades y la adopción de medidas encaminadas a reducir los costos. Para aumentar la eficiencia es necesario utilizar mejor las nuevas tecnologías, para lo cual es necesario aumentar las inversiones es la esfera de la información y concretamente en la infraestructura de las comunicaciones que vincula a la sede con las regiones y los países.

La cuarta consecuencia es la necesidad de rendición de cuentas, la cual no se limita a cuestiones financieras sino que también abarca la eficiencia de nuestras contribuciones al logro de resultados sanitarios.

De una manera general, toda la labor que llevan a cabo los países debe estar orientada sobre la base de datos sanitarios más fiables y oportunos, en consecuencia el mejoramiento de la vigilancia sanitaria y de la gestión de datos a nivel mundial será un objetivo fundamental.

Se llevará a cabo una expansión y un fortalecimiento en gran escala de la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes Epidémicos, la experiencia con el SARS fue muy importante.

También se ampliará y mejorarán los sistemas de medición de salud, con especial hincapié en la ampliación de la capacidad de los países, es necesario disponer de sistemas racionalizados de medición de la salud para poder hacer un seguimiento de los progresos en el logro de las metas sanitarias.

La quinta consigna será fortalecer los recursos humanos tanto dentro como fuera de la Organización.

8vo. Curso Internacional: El Dengue y la fiebre hemorrágica del dengue todavía una amenaza para la salud pública en las Américas en conmemoración al aniversario

En las últimas décadas, la Fiebre Dengue y el Dengue Hemorrágico se han convertido en la enfermedad viral transmitida por artrópodos de mayor importancia médica. Un número creciente de países ha experimentado epidemias severas y la enfermedad es hoy una causa importante de hospitalización y muerte.

El incremento de su incidencia se debe a múltiples factores entre los que se destacan la urbanización no planificada, problemas con el abastecimiento de agua, incremento de los viajes aéreos, diseminación del vector, A*edes aegypti* entre otros.

Los Centros Colaboradores de la OPS/OMS para el Estudio de las Enfermedades Víricas y de Control Biológico de Vectores y Hospederos Intermediarios del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Especial de Medicina Tropical, TDR, organizaron del 11 al 22 del presente el 8vo Curso Internacional "El Dengue y la fiebre hemorrágica del dengue todavía una amenaza para la salud pública en las Américas, en esta edición en conmemoración al aniversario 170 del natalicio del Dr. Carlos J. Finlay"

El curso contó con la presencia de 159 participantes de 21 países de Latinoamérica y el Caribe (47) incluyendo a Cuba (112) así como de conferencistas y profesores invitados de gran prestigio internacional provenientes de organismos internacionales (OPS/OMS, TDR/OMS), prestigiosas universidades y centros científicos como Universidad de Harvard, Universidad John Hopkins , Universidad de Massachussets, Universidad de Notredame, Universidad de Oxford, Instituto de Salud Carlos III, Acambis, Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri, Instituto Nacional de Higiene, Ministerio de Salud de Cuba entre otros.

El curso organizado en sesiones magistrales y prácticas en los temas de virología/inmunología; clínica/ patología y control de vectores/ participación comunitaria abordó los aspectos mas novedosos en el tema destacándose la clínica y epidemiología de la enfermedad, métodos de avanzada en el diagnóstico virológico, epidemiología molecular, estado actual en el desarrollo de vacunas, inmunología del dengue, factores de riesgo de dengue hemorrágico, aspectos sociales de importancia en la transmisión, nuevas estrategias para el control en nuestra región, vigilancia de la enfermedad entre otros. También se discutieron aspectos relativos al Virus del Nilo Occidental y a enfermedades Virales Hemorrágicas de interés en la región.

El curso en sus dos semanas de duración se constituyó en un marco adecuado para la actualización, el intercambio y la definición de necesidades y estrategias entre los interesados.

Los cursos realizados desde el año 1987, han tenido entre sus objetivos actualizar a los interesados en el tema procedentes de la región de las Américas en los aspectos de clínica, epidemiología, diagnóstico de laboratorio, control del vector, patogenia, etc. Está dirigido a médicos, epidemiólogos, microbiólogos, administradores de programas, etc.

En las 8 ediciones del curso se ha contado con la participación de profesores de gran experiencia procedentes de prestigiosas instituciones y centros colaboradores de la OPS/OMS de Cuba y del extranjero y con el auspicio del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, la OPS/OMS, el TDR/OMS, la UNESCO y Harvard Medical School. En los 8 cursos (1987, 1988, 1992, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003), un total de 452 profesionales de 27 países han participado en los diferentes cursos, de ellos 196 cubanos (43.4%) y 256 (56.6%) de nuestra región y otros países.

Proyecto magisterio para la formación integral de docentes de ciencias de la salud de América Latina se presenta en la sede de la Organización Panamericana de la Salud.

El doctor Jorge Gonzalez Pérez, Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y Presidente de la Comisión de Salud y Deportes de la Asamblea Nacional del Poder Popular, fue invitado por la Directora de la OPS para visitar la Sede del 16 al 20 de Junio del 2003, para intercambiar con las Áreas y Unidades Técnicas sobre el trabajo de la cooperación técnica y presentar

además el Proyecto Magisterio para la formación integral de docentes de Ciencias de la Salud de América Latina.

En relación con el origen y desarrollo del Proyecto Magisterio es necesario remitirnos a Noviembre del año 1999, oportunidad en la cual el Ministerio de Salud Pública de Cuba y la Unión de Universidades de América Latina, con el auspicio de la OPS/OMS convocaron al **Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Retos y Desafíos para el Siglo XXI**, el mismo que se realizó en La Habana del 16 al 19 de Noviembre del 2000.

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

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

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

En la reunión de Febrero 2002 y en base a la organización geográfica de la UDUAL, se aprobó la creación de coordinaciones y sedes subregionales para el desarrollo del proyecto en la siguiente forma:

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

Para el mes de Junio del año 2002 se convocó a una reunión de las Coordinaciones Subregionales con la participación de la Secretaria General de UDUAL, la OPS/OMS, el Instituto de Salud Carlos III de España y las instituciones nacionales antes señaladas. En esta oportunidad se aprobaron los ajustes del proyecto y la denominación de

MAGISTERIO.

En la mencionada reunión se suscribió además una alianza estratégica entre las coordinaciones subregionales con la finalidad de poner en marcha el Magisterio, el cual tiene una proyección para 10 años (2002-2012) con la participación de las Universidades afiliadas a UDUAL y que estratégicamente se iniciaría con una fase piloto para el período 2002-2004 para la posterior incorporación de las diferentes instituciones de educación superior de la América Latina.

El Proyecto en su fase piloto tiene varios componentes a saber:

- Estudio sobre la capacidad docente de Ciencias de la Salud
- Estudio sobre la capacidad informática y virtual de las Instituciones participantes
- Desarrollo del observatorio de recursos humanos a nivel académico
- Movilización de recursos a partir de proyectos

Sedes Subregionales	
Centroamérica	Universidad Nacional de El Salvador
Area Andina	Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador / Cuenca
Cono Sur	Universidad de la República, Montevideo
Caribe	Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana
México	por definir sede
Brasil	por definir sede

- Desarrollo del programa de formación de docentes universitarios de Ciencias de la Salud
- Organización y operación de las sedes regionales

La primera actividad académica del Magisterio fue la realización del diplomado de Educación Universitaria en Ciencias de la Salud en la Ciudad de La Habana, del 4 al 22 de Noviembre, en esta oportunidad se opto por una modalidad presencial con tres módulos correspondientes a cada uno de los ejes: Humanístico, Pedagógico y Científico Técnico, inscrito en el modelo educativo de docencia servicio-investigación; se ha previsto para el futuro combinar las modalidades presencial y a distancia, y sustentarse sobre plataformas de las nuevas tecnologías de información y comunicación ya disponibles. El diplomado tuvo 25 participantes de Uruguay, Ecuador, Colombia, República Dominicana, Venezuela, El Salvador, Honduras y Cuba.

El segundo diplomado se realizó del 12 al 30 de Mayo del 2003 para docentes universitarios de ciencias de la salud de Cuba, habiendo participado 19, de diferentes universidades del país.

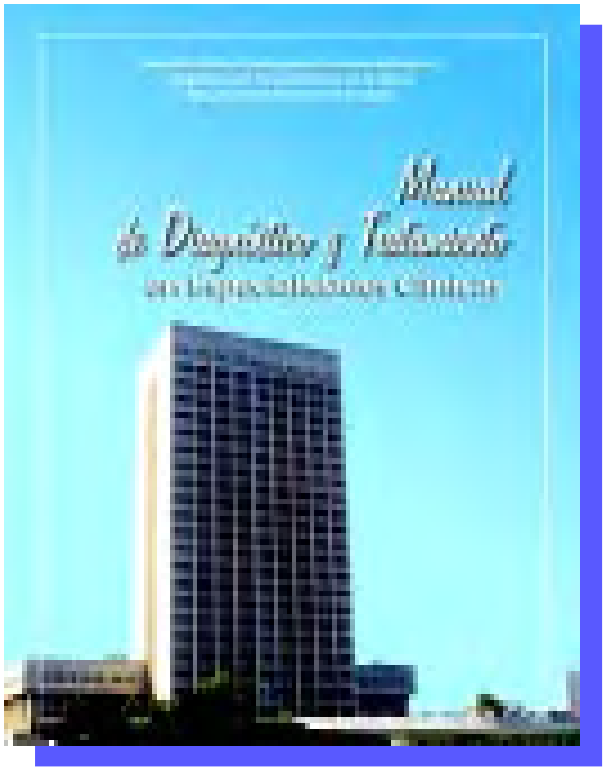
El tercer Diplomado se realizará en la Universidad Nacional de El Salvador en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, para docentes de las Universidades Centroameri-canas y tendrá el auspicio de UDUAL, CSUCA, IESALC/ UNESCO y OPS/OMS.

El IV Diplomado se desarrollará en La Habana en Noviembre del 2003, contando con el apoyo de INFOMED y la Universidad Virtual.

Para el mes de Febrero del 2004, en el marco del IV Congreso Internacional de Educación Superior, se realizará el Taller de Magisterio para el seguimiento del proceso y sus proyecciones. En Octubre/Noviembre del 2004 tendrá lugar en La Habana, la Asamblea de Rectores de UDUAL, oportunidad en la cual se presentará un informe de progreso de esta iniciativa aprobada por el Consejo Ejecutivo de UDUAL en Junio del 2001 en Córdoba, Argentina.

PALTEX

El Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas del colectivo de autores del Hospitales Hermanos Ameijeiras con la coordinación Editorial de los Profesores Héctor Rodríguez Silva y Delfín Pérez Caballero ha sido aprobado por el Programa de Libros de Texto (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud para su incorporación al mismo.



El PALTEX es un programa que desde hace 30 años desarrolla la OPS para apoyar los procesos de enseñanza/aprendizaje y de prestación de servicios en la Región, a través de libros de texto y materiales de instrucción que son puestos a disposición de estudiantes, profesores y personal de los servicios de salud de los países.

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

La Representación de la OPS/OMS expresa sus congratulaciones a los Profesores Rodríguez Silva y Pérez Caballero, así como al colectivo de autores por este importante logro que además beneficiará a los estudiantes, profesores y personal de salud de todos nuestros países.

Reseña sobre El Centro Nacional de Genética Médica de La República de Cuba

El Centro Nacional de Genética Médica, cuyas nuevas instalaciones fueron inauguradas por el Presidente Fidel Castro el 5 de agosto de 2003, representa la continuidad del Departamento de Genética Médica del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, departamento que desde principios de la década de los años 80 había extendido su misión original de impartir la enseñanza de contenidos de esta disciplina a estudiantes de medicina, a la realización de actividades docentes de posgrado, con la formación de médicos especialistas en Genética Clínica, así como a la realización de investigaciones y el desarrollo de tareas asistenciales.

En particular, las funciones asistenciales que se han realizado por más de 16 años se refieren a los pesquisajes prenatales para la sicklemia y para las cromosomopatías en mujeres de más de 38 años y el pesquisaje neonatal de fenilcetonuria. El departamento también ha desarrollado un laboratorio donde se realiza el diagnóstico prenatal y postnatal de fibrosis quística, sicklemia, hemofilia A y B, fenilcetonuria, síndrome de frágil X y de enfermedades ligadas al sexo.

El nuevo centro representa no solamente un cambio en términos estructurales y de equipamiento, sino en la concepción y amplitud de la misión. Sus capacidades actuales permiten triplicar el número de estudios citogenéticos anuales; asimismo, en el área de los errores congénitos del metabolismo podrán ser diagnósticadas hasta 92 enfermedades (hasta ahora se diagnosticaban un número muy reducido); por biología molecular se podrá diagnosticar hasta 44 enfermedades, entre ellas cáncer de mama y colon hereditarios. El centro actúa como laboratorio de referencia nacional.

El centro es concebido en el contexto de una red nacional de amplia base que incluye los centros provinciales de genética médica, en la actualidad en proceso de desarrollo, y los servicios municipales, existentes en todos los municipios del país, todos los cuales cuentan con masters en asesoramiento genético, los cuales se han formado a partir de médicos especialistas en medicina general integral, teniendo en cuenta los propósitos de la OPS. Este centro nacional ofrece también consultas de alta especialización e interconsultas mediante recursos de telemedicina.

El centro ha formado a los 100 médicos especialistas en genética clínica con que cuenta el país, y en un gran esfuerzo, ha formado en los últimos tiempos 204 másters en asesoramiento genético, lo que ha permitido, como se dijo antes, que cada municipio del país cuente con al menos uno de estos especialistas. También ha formado masters en genética médica. En la actualidad cuenta con 11 médicos residentes, 110 estudiantes en la maestría de asesoramiento genético (la idea es alcanzar al menos dos másters en cada municipio) y 10 estudiantes en la maestría en genética clínica.

Las investigaciones en este centro se orientan a la localización de genes asociados a enfermedades genéticas y nuevas mutaciones de genes conocidos, al estudio de la prevalencia de enfermedades genéticas en la población cubana, la evaluación de programas de pesquisaje y la epidemiología de enfermedades genéticas.

Por indicación del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, el centro ha participado activamente en la amplia investigación que en los dos últimos años permitió la caracterización psicopedagógica, social y clínico genética de las personas con retraso mental y el estudio psicosocial de las personas con otras discapacidades, que abarcó a todas estas personas en todos los puntos del país. El centro es sede del Programa Nacional de Atención a Discapacitados y Desarrollo de la Genética Médica en el país. En la actualidad, esta institución se orienta hacia ampliar sus capacidades para la investigación en el campo de la genómica y otras áreas relacionadas, para lo cual se fundamenta en un amplio concepto de integración con otras instituciones científicas cubanas.

Desde 1986 esta institución es Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de enfoques genéticos en promoción de salud, en las nuevas condiciones se renueva y fortalece la disposición de sus científicos y técnicos para llevar a la práctica las tareas de colaboración que se requieran por dicha organización.

Intervención del Dr. Patricio Yépez Miño / Representante de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud

Acto de entrega de Medallas por Años de Servicio[1]

En nombre de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y de los funcionarios que cumplimos años de servicio a nuestra Institución deseo expresar nuestro reconocimiento a todos ustedes por acompañarnos y en forma particular a las Autoridades Nacionales por dar relevancia a esta actividad.

Hemos querido realizar la Ceremonia en este Museo como un especial reconocimiento al Científico Carlos J. Finlay en el 170 aniversario de su natalicio, quien además de sus aportes científicos y conocimientos otorgados a la salud pública mundial, fue uno de los fundadores de nuestra Organización en el año 1902; por otra parte, fue aquí en el año 1924 que se celebró la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional que aprobó el *Código Sanitario Panamericano* el cual constituye la fundamentación jurídica de la Organización Panamericana de la Salud y cuyo original se guarda en este Museo.

A Caridad López y Amparo Zequeira del Centro de Documentación e Información, José Elías Garcia y Sergio Vizcaíno, conductores , Enrique Rojas, Custodio de la OPS y quien les habla, nos ha correspondido recibir en este año un reconocimiento que la Organización otorga por años de servicio a sus funcionarios, sin embargo esta distinción cobra mayor relevancia por cuanto la estamos recibiendo en un país de significativa importancia para la OPS/OMS por sus aportes científicos, técnicos y humanísticos para el desarrollo de la salud pública.

En lo personal constituye un motivo de enorme satisfacción estar en Cuba al cumplir 25 años de servicio a la Organización y haber podido compartir con todos ustedes y las Instituciones que representan, el trabajo de la cooperación técnica durante los últimos siete años, ha sido un privilegio ser parte de esta escuela del pensamiento y de la acción, de reflexión teórica y decisión, de dignidad y solidaridad, valores que constituyen un significativo ejemplo del país y su pueblo a quienes como yo hemos podido servir y ser parte de este quehacer que día a día produce, lucha y avanza por la salud y la calidad de vida de la población.

Deseo en esta oportunidad significar nuestro agradecimiento a los Órganos Locales y a las Comunidades de los Municipios y los Consejos Populares que a lo largo y ancho del país nos han dado cabida para el trabajo de la cooperación, asimismo al Ministerio de Salud Pública como ente Rector del Sistema Nacional de Salud, sus diferentes instancias nacionales, provinciales y municipales, sus centros de enseñanza y los de investigación; igualmente a otras instituciones del país como el Instituto Nacional de Medicina Veterinaria del Ministerio de Agricultura, el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos, la Dirección Nacional de Comunales del Ministerio de Economía, el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, el Polo Científico con sus diferentes Centros e Institutos, las Comisiones de Salud y de Órganos Locales de la Asamblea Nacional del Poder Popular, los Ministerios de Educación y de Educación Superior, la Universidad

[1] Acto Entrega de Medallas y Reconocimiento por Años de Servicio en la OPS/OMS, Museo "Carlos J. Finlay", La Habana, Cuba, 11 de Julio del 2003

de La Habana, el Centro de Investigaciones de la UJC, la Federación de Mujeres Cubanas, la Defensa Civil, el Instituto Nacional de Deportes y el Ministerio de Relaciones Exteriores junto con el Programa Integral de Salud.

Debemos destacar por otra parte que Cuba ha posibilitado a la OPS/OMS un importante espacio en el quehacer de la cooperación técnica para innovar estrategias y avanzar cualitativamente hacia los ámbitos locales, aspecto este que ha sido acogido por nuestra Organización como un elemento sustantivo para acercar y comprometer la cooperación técnica con la población, lo cual va a significar una transformación importante en nuestra cooperación con los países de la Región.

Asimismo debemos destacar el papel importante que cumplen los Centros Colaboradores de la OMS/OPS y las Instituciones y Centros del Polo Científico con su alta capacidad científico-técnica al servicio del país, el Continente y otras regiones del mundo.

Por otra parte, al cumplirse en el 2003, los 25 Años de la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria, debemos significar el valioso aporte realizado por Cuba con esta estrategia que al mismo tiempo que ha contribuido a alcanzar los logros de la salud pública cubana, ha aportado con sus experiencias solidarias a otros países, a través de la colaboración internacional.

Dentro de los principios y fundamentos de la Atención Primaria están la participación activa y organizada de la comunidad, la acción inter y multisectorial, la descentralización y las respuestas tecnológicas apropiadas en los ámbitos locales, esto es precisamente lo que Cuba nos ha mostrado con sus acciones y resultados que evidencian como si es posible la salud para todos, cuando junto con los principios antes señalados de la Atención Primaria, existe como en este país voluntad y decisión política por la salud y la calidad de vida.

Al terminar deseo expresar un especial reconocimiento al colectivo de nuestra Representación por la dedicación y el esfuerzo diario en su trabajo comprometido con los intereses de la Organización y del País, así como a todos los familiares y seres queridos que nos han acompañado durante estos años de trabajo en la salud pública.

Visitas y Asesorías

ASESORIAS/ PARTICIPANTES	EVENTOS	FECHAS
Marie P. Kieny	Visita a Centros de Biotecnología y Finlay	Enero
Oscar Feo	Asesoria estudiantes ELAM sobre Análisis Situación de Salud	Febrero
Eduardo Bergel	Reunión Científica de la Colaboración Internacional PRACTIHC	Febrero
Adriane Martin	XVI Congreso Mundial de Sexología	Marzo
Cecilia Breinbauer		
Enrique Ezcurra		
Gina Tambina		
Luis Codina		
Matilde Maddaleno		
Rafael Mazin		
Rodrigo Aguirre		
Sandra Land		
Stella M. Cerruti		
Tomris Turmen		
Adela Ramirez	II Foro 2003 VIH/SIDA	
Adele Benzaken		
Agnes Thomas		
Ainsley Reid		
Alberto Narvaez		
Anabella Arredondo		

ASESORIAS/ PARTICIPANTES	EVENTOS	FECHAS
Anibal Hurtado	II Foro 2003 VIH/SIDA	
Annemarie Christensen		
Anthony Fraser		
Antonio Gerbase		
Archibald Chris		
Beatriz Orozco		
Bilali Camara		
Carlos Cáceres		
Carlos Magis		
Cesar Núñez		
Cheryl Onneil		
Daniel López Acuña		
David Picou		
Daysi Matos		
Eduardo Ticona		
Elizabeth Gomez		
Elizabeth Torres		
Enrrique Gil		
Fabio Moherdaui		
Freddy Tinajeros		
George Manthey		
German Velazquez		
Gina Tambini		
Gladys Guerrero		
Graciela Touze		
Guida Silva		
Hernan Rosemberg		
Howard Sobel		
Isabel Noguer		
Joan Tallada		
Jones P. Madeira		
Jordi Casanoba		
Jorge Sanchez		
Julia C. Valderrama		
Karen Stanecki		
Lucresha George		
Marcos Espinal		
María Luz Osimani		
Maribel del Criollo		
Matilde Román		
Mayra García		
Moraima Molina		
Natasha Maillard		
Paloma Cuchi		
Paulo Lyra		
Paulo Shayer		
Pilar Ramón		
Ramón J. Soto		
Reina Rodríguez		
Robert Cazal-Camelsy		
Robert Lee		
Rocio García		
Rodolfo Rodríguez		
Rosalinda Hernández		
Sergio Aguilar		
Sergio González		
Steffano Lazzari		
Stephen J. Volle		
Susana Gerschoni		
T. García Calleja		
Uli Wagner		

ASESORIAS/ PARTICIPANTES	EVENTOS	FECHAS
Yuki Shiroishi		
Steven de Vriendt	Taller Plan de Emergencia Municipal	Marzo-Abril
Mauricio Landaverde	Análisis Investigación sobre Inmunogenecidad Vacuna IPV	Abril
Sergio Bautista	Asesoría TCC Cuba/México Maestría en Economía de la Salud	Abril
Monica Bolis	Congreso AMECA Turismo y Salud	Abril
David Muria	Asesoría Taller Vulnerabilidad Estructural en Instituciones de Salud	Abril
Martha Pelaez	Congreso Longevidad	Abril
Trevool Milner	Visita Planta Productora de Sal	Abril
Daniel López Acuña	Seminario Latinoamericano sobre SIDA	Abril
Gina Tambini		
Eduardo Carrillo	Asesoría Taller WINSIG	Mayo
Trevol milner	Visita Yodación de la Sal	Mayo
Ruben Suárez	Simposio Internacional Economía de la Salud	Mayo
Carlos Garzón	Asesoría Taller sobre Desastres	Mayo
Aldo García	Visita Conclusiones TCC Cuba-DOR sobre promoción de Salud	Mayo
Esmelin Genao		
Faustino Aquino		
Luis Reinoso		
Maireni Perez		
Miguel Catalino		
Nuris Medrano		
Oscar Suriel		
Ramon Suarez		
Enrique Ezcurra	Reunión Asociación Latinoamericana de investigación en	
Ernest Pate	Reproducción Humana/ Reunión de Directores de Instituciones de la Región.	
Virginia Camacho	Asesoría sobre Mortalidad Materna	Junio
Dario Pinto	Visita OMS seguimiento CECMED	Junio
Julie Milstien		
Lahouari Belgharbi		
Nadirh Harjee		
Roland Dobbelaer		
Clovis Lombardi	Visita Programa de Lepra	Junio
Eugere Dirk	Vista Centro Colaborador OMS IPK	Junio
John Ehrenberg		
Norma Cavalcante	Curso Internacional Dengue	Agosto
Gary Clarck		
Linda Stephanie		
Octavio Oliva		
José San Martin		
Fabio Zicker		

EVENTOS 2003

2003

- III Congreso Nacional y II Internacional de Medicina Familiar, II Congreso de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar en la Región de Centroamérica y El Caribe. 27 al 31 de octubre del 2003.
- I Simposio Internacional sobre aplicación del Láser en Oftalmología. 3 al 7 de noviembre del 2003.
- 5to Congreso Médico Homeopático Panamericano y III Congreso Nacional de Homeopatía. 11 al 13 de noviembre del 2003.
- V Taller Internacional "Mujeres en el Siglo XXI. 17 al 21 de noviembre del 2003.
- Biotecnología Habana 2003. 23 al 28 de noviembre del 2003.
- Simposio Control de Calidad en Laboratorio Clínico y Microbiológico. CIMEQ. 26 al 28 de noviembre del 2003.
- I Congreso sobre la Vigencia del Pensamiento Científico de Carlos J. Finlay y II Congreso Internacional de Dengue. 30 noviembre al 4 de diciembre del 2003.

2004

- 4to Congreso Internacional de Educación Superior. 2 al 6 de febrero del 2004.
- Taller del Proyecto Magisterio para la Formación de Docentes de ciencias de la Salud de América Latina. 2 al 5 de febrero del 2004.
- IX Congreso de la AMECA "La Salud del Trabajador". 14 al 17 de abril del 2004.
- II Congreso Internacional "Longevidad Satisfactoria". 17 al 21 de mayo del 2004.
- Evento Internacional sobre Leptospirosis. 17 al 29 de mayo del 2004.
- IV Encuentro de Secretarias de la AMECA. 18 al 20 de mayo del 2004.
- VII Simposio de Enfermería del Caribe. 24 al 26 de junio del 2004.
- III Taller de Cirugía de la AMECA. 23 al 25 de septiembre del 2004.
- III Taller de Cardiología y VII Taller de Cardiología Pediátrica. 25 al 27 de noviembre del 2004.

Talla alegórica al Centenario