

## La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola

### Technical cooperation between the PAHO/OMS and the presence of Cuba in the poliomyelitis eradication in Angola

Nestor Marimón Torres,<sup>I</sup> Evelyn Martínez Cruz <sup>II</sup>

<sup>I</sup> Especialista de Primer Grado en Administración de la Salud. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública y Salud Internacional. Instructor de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El presente estudio estuvo dirigido a describir la presencia y el aporte de Cuba en la Organización Panamericana de la Salud, el tránsito por las diferentes etapas evolutivas desde los inicios de su creación hasta la actualidad y los aspectos fundamentales del intercambio bilateral entre ambos. El estudio profundiza además en los aspectos relacionados con la participación directa de Cuba en la estrategia de cooperación técnica entre países. En este marco se expone el ejemplo de la colaboración triangulada OPS/OMS Cuba en la lucha por la erradicación de la poliomielitis en Angola, como un caso de cooperación técnica con otras regiones del mundo a través de campañas internacionales, organizadas y dirigidas por la Organización Mundial de la Salud.

**Palabras clave:** Intercambio bilateral, estrategia de cooperación técnica entre países, cooperación triangulada.

---

#### ABSTRACT

Aim of present study was to describe the presence and the contribution of Cuba in PAH ,the transit by the different evolutionary stages from its beginning up to present time, and main features of bilateral exchange between them. Study

deepens also in features related to direct participation of Cuba in the technical cooperation strategy among countries. In this context is exposed an example of the triangular cooperation PAHO/OMS Cuba in the fight for eradication of poliomyelitis in Angola, as a case of technical cooperation with other world regions thorough international campaigns, organized and managed by OMS.

**Key words:** Bilateral exchange, strategy of technical cooperation among countries, triangular cooperation.

---

## LOS INICIOS

El aporte y la presencia cubana en las políticas de salud internacionales se remontan al siglo XVII, cuando de enero a marzo de 1881 se celebra la V Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C. (primera que se celebra en el continente occidental y con la asistencia, por primera vez, de países americanos). Cuba y Puerto Rico que en aquel entonces eran provincias de España estuvieron representadas por un miembro especial de la delegación española, el Dr. Carlos J. Finlay, momento en que presenta su teoría de la "tercera condición independiente" para la transmisión de la fiebre amarilla.<sup>1</sup>

Posteriormente, el 14 de noviembre de 1924 se celebra la 7ma. Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que se firma el Código Sanitario Panamericano, *ad referendum* por 18 países de las Américas, en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas Físicas y Naturales actual Museo de la Historia de las Ciencias Dr. Carlos J. Finlay, en La Habana, Cuba, en el que estuvo presente el Dr. Carlos Manuel de Céspedes y Quesada, en su condición de Secretario de Estado de la República de Cuba. Este Código fue ratificado posteriormente por todas las repúblicas americanas, y aún vigente hoy en día, representa el mayor logro de la normalización de la salubridad en el continente americano y la culminación de décadas de iniciativas internacionales dirigidas a prolongar la vida y a lograr la felicidad humana. En ese marco el delegado de la República de Argentina, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, expresa:

... fue Cuba, señores, la isla riquísima y magnífica, cuyos titánicos esfuerzos por erigirse en pueblo independiente nos parecerían un cuento legendario si no los hubiera presenciado nuestra propia generación; Cuba, la bella, la ubérrima, centro de vieja y vasta cultura, la primera nación que pudo ofrecer al mundo el ejemplo de su obra estupenda de saneamiento y progreso higiénico. Y era justo que así fuera, puesto que es un gran cubano, el inmortal Finlay al que humanidad debe el trascendental descubrimiento del papel transmisor del mosquito, que había de salvar tantos millones de vidas y transformar tan radicalmente la situación sanitaria y económica de las regiones más ricas y más hermosas de la tierra..... Todos esos esfuerzos son en mi país altamente apreciados y entusiastamente aplaudidos. Los citamos a menudo como ejemplo y como estímulo a nuestros discípulos y nuestros gobernantes.<sup>2</sup>

Con el antecedente histórico de los diferentes convenios internacionales que se realizaron en esta época: el X Comité y el de la Política Sanitaria Internacional de la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos (ciudad de México, 22 de octubre al 22 de enero de 1902), se presentó un informe que fue aprobado y en el que se recomendaba que la Oficina Internacional de Repúblicas Americanas (actual Organización de los Estados Americanos) convocara a una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las Repúblicas de América para formular acuerdos y disposiciones sanitarias y celebrar periódicamente convenciones de salud. La convención general también debería designar una junta ejecutiva permanente que se denominaría Oficina Sanitaria Internacional, que tendría su sede en Washington DC.

La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas se celebró en Washington D.C. del 2 al 5 de diciembre de 1902 con la asistencia de 10 países. El 2 de diciembre, día de la inauguración se fundó la Oficina Sanitaria Internacional, que posteriormente pasó a ser la Organización Panamericana de la Salud. Entre los primeros 7 miembros de la Oficina Sanitaria estuvo un cubano el Dr. Juan Guiteras Gener.<sup>1</sup>

Guiteras además de ser fundador de la oficina, fue uno de sus dirigentes más importantes durante las primeras dos décadas; fue uno de los que discutió y aprobó el Primer Código Sanitario Panamericano; fue reelecto vocal de la II Convención (1907); ocupó una de las Vicepresidencias, la presidencia de la Comisión de Fiebre Amarilla; fue vocal del Comité de Tracoma, Beriberi, Meningitis Cerebro Espinal; y siguió siendo reelegido como vocal de la oficina hasta que en el año 1921 fue nombrado Secretario de Sanidad y Beneficencia de la República de Cuba.

Otros médicos cubanos que desempeñaron un rol importante en las primeras décadas de la Oficina Sanitaria Internacional fueron los doctores Hugo Roberts Hernández, Mario García-Lebrede Arango, Arístides Agramante Simoni y el Dr. Francisco María Fernández Hernández, entre otros que dieron su aporte en diferentes etapas.<sup>3</sup>

## **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS RELACIONES DE TRABAJO ENTRE CUBA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

Desde el surgimiento de la Organización el aporte y apoyo de especialistas cubanos han sido de importante contribución, esto se modificó en relación con las estrategias de trabajo que fueron asumidas por la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En este sentido, un gran paso de avance en la cooperación interamericana en la esfera de la salud pública, lo constituyó la aplicación del principio de zonificación sanitaria, hecho este que se recoge en el Informe de la Oficina de 1939-1940, con la creación provisional de la Zona Sanitaria del Caribe, con sede en Panamá. El propósito era distribuir geográficamente los servicios y el personal para aumentar la eficiencia y acelerar la comunicación con las Repúblicas.<sup>4</sup>

En plena Segunda Guerra Mundial (1939-1945) comienza la creación de estas oficinas de áreas o zonas; la primera se estableció en Lima, Perú, en octubre de 1942 y atendía a Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela. Después seguirán en junio de 1943 en Ciudad de Guatemala, Guatemala, con responsabilidad sobre

las Repúblicas Centroamericanas y la entonces Honduras Británica, hoy Belice; en noviembre de 1951 se crean dos, una en Río de Janeiro, Brasil, solamente para este enorme país y otra en Buenos Aires, Argentina, para los países del cono sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay y por último en México D.F., Estados Unidos Mexicanos que comprendía México, Cuba, Haití y República Dominicana.

A finales del decenio de 1950 estas Oficinas de Zona son numeradas, y correspondieron la Zona I a la de Caracas, la II a la de México D.F., la III a la de Ciudad de Guatemala, la IV a la de Lima, la V a la de Río de Janeiro y la VI a la de Buenos Aires.<sup>5</sup>

El desarrollo alcanzado por la aplicación del principio de zonificación sanitaria en el continente va a dar como resultado un paso más de acercamiento de la Organización Panamericana de la Salud a los países del continente y así a partir de la década de 1960 las Oficinas de Zonas comienzan a ser reemplazadas por Oficinas de Países en las cuales se delega cada vez más autoridad. Esta tendencia se oficializa en 1984 con un plan para descentralizar la administración de la OPS.<sup>6</sup>

Con el establecimiento de la representación de la Oficina Regional y el transcurrir de los años las relaciones se modificaron en relación directa con la evolución del sistema nacional cubano, y se visualiza de la forma siguiente:

1. En los *decenios de 1960 y 1970*, la colaboración con Cuba se centró en el desarrollo de 15 programas de desarrollo, debido a la difícil situación que presentaba el país en esos momentos. Estos eran reglamentados por acuerdos suscritos entre la Organización Sanitaria Panamericana y el gobierno cubano, con evaluaciones periódicas y con la realización de modificaciones y renovaciones mediante Cartas-Convencios. Todas las acciones llevaban implícito el proporcionar el personal técnico sanitario y los equipos y suministros por la Oficina Sanitaria Panamericana y posteriormente se incorporó la formación de recursos humanos tanto en Cuba como en el extranjero.

2. En el *decenio de 1980* se realizó una reformulación de la estrategia de cooperación, con el ejercicio de planificación y programación de la cooperación, con el que se identificaron programas prioritarios como fueron: asistencia médica, higiene y epidemiología, desarrollo y evaluación de nuevas tecnologías de la salud, formación de recursos humanos, desarrollo de la información en salud, desarrollo de la farmacología, producción y distribución de medicamentos y desarrollo de la cooperación técnica. Finalmente las acciones se concentraron en 37 proyectos con 145 actividades. Se realizaron diferentes actividades de seguimiento y evaluación y los resultados alcanzados fueron positivos.<sup>6,7</sup>

3. En el *decenio de 1990* Cuba atraviesa una difícil situación económica con la caída del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo de Estados Unidos. Fue un momento en que se trató de definir exactamente dónde era más importante la cooperación y se establecieron por el MINSAP los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000 (1995-2000); se crearon los consejos de salud y se realizó el plan maestro de inversiones. En este período también se realiza una evaluación conjunta de la cooperación.<sup>7</sup>

4. *Entrada a un nuevo siglo*. Se produce una reorientación de la cooperación técnica hacia el ámbito local, con amplia y activa

participación de los gobiernos y comunidades. Se realizan 3 procesos estratégicos: la descentralización, movilización de recursos y la acción intersectorial.

Dos proyectos fundamentales dentro de esto: el fortalecimiento del sistema nacional de salud (SNS) y el de desarrollo municipal, en respuesta a prioridades nacionales en el proceso de descentralización. Estos dieron lugar a los proyectos de salud y desarrollo vinculados directamente a centros económicos que el territorio considerara significativos para el bienestar de las poblaciones, junto a los proyectos intergubernamentales y con ONG.<sup>7,8</sup>

### **Situación actual**

En estos momentos la cooperación se concreta mediante 8 proyectos: un proyecto específico de la OPS/OMS en Cuba y proyectos que se ejecutarán en conjunto con el MINSAP:

1. Gestión de la cooperación técnica.
2. Red de servicios de salud.
3. Salud familiar y comunitaria.
4. Vigilancia sanitaria y atención a enfermedades.
5. Promoción de salud y calidad de vida.
6. Gestión de la salud y calidad de vida.
7. Gestión de salud pública a nivel local.
8. Desarrollo del conocimiento.<sup>8</sup>

Como se puede apreciar, la evolución histórica de la cooperación entre Cuba y la Organización Panamericana de la Salud ha ido a la par de las transformaciones y desarrollo del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes etapas, de una forma más relevante después de 1959, siempre en los principios de intercambio mutuo, respeto y compromiso por alcanzar un alto grado de salud.

## **LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES**

El Fondo de Población para las Naciones Unidas definió, el concepto de Cooperación Técnica entre Países (CTP) en el reporte del año 1998, como un proceso por el cual dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos del conocimiento, de habilidades, recursos y tecnologías. Idealmente, las actividades de CTP se deben iniciar, organizar y manejar por los mismos países, bajo la dirección del gobierno respectivo, y participación de las instituciones, y de las organizaciones públicas y privadas.<sup>9</sup>

La misión de la Cooperación Técnica entre Países, según la OPS, consiste en contribuir al desarrollo de la capacidad de uno o más países, fortalecer las relaciones, aumentar el intercambio, la generación, diseminación y utilización del conocimiento técnico y científico, así como la capacitación de los recursos humanos y el reforzamiento de sus instituciones; en el ámbito de la salud constituye una estrategia orientada a acelerar el desarrollo sanitario a partir del conjunto de las capacidades y potencialidades, encuentra sus orígenes en el concepto de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).<sup>10</sup>

Esta estrategia se pautó desde 1978 por esta organización y recibe una asignación presupuestaria específica para favorecerla, es una herramienta de cooperación horizontal, de entendimiento y solidaridad. La misma presenta diferentes modalidades:

- *Reciprocidad*. Cooperación entre dos o más estados, haciendo compromisos y uniendo fuerzas y capacidades de forma complementaria.
- *Intercambio y cooperativismo*. Cooperación basada en objetivos y metas comunes, facilitando información e intercambio tecnológico.
- *Contribución*. Transferencia de recursos tecnológicos de un país a otro con el fin de fortalecer la capacidad productiva para la autosuficiencia colectiva.<sup>11,12</sup>

Esta estrategia constituye un noble esfuerzo para desarrollar las capacidades nacionales de la región, empeoradas por los años de aplicación de programas verticales, como resultado de los procesos de reformas neoliberales aplicadas al sector salud y promovidas por los organismos financieros internacionales.

### **La participación de Cuba en esta estrategia de colaboración**

En Cuba, por ser un país con un contexto económico y social diferente al resto de la región y donde ya existe un alto desarrollo nacional y capacidades instaladas, esta estrategia se enfoca en dos direcciones: la Cooperación técnica que la OPS/OMS establece directamente en el país y en forma de proyectos.

En el primer caso, la estrategia de cooperación consiste en el apoyo que realiza la OPS/OMS en el país para contribuir a su mejor desarrollo y previo ejercicio de identificación de las áreas donde era necesaria y factible esta ayuda, orientada en lo fundamental al fortalecimiento de la atención primaria de salud, la promoción de salud, la universalización de la enseñanza y el fortalecimiento de los sistemas municipales de salud.

En el segundo caso, existen varios ejemplos que demuestran el apoyo de Cuba junto a la OPS/OMS, con el envío de profesionales a otros países en funciones de cooperación para el desarrollo de labores asistenciales, docentes, de investigación, desarrollo de servicios de salud, asesorías y consultorías. Otro ejemplo lo constituye la formación en el país de miles de profesionales y técnicos procedentes de países en desarrollo. Junto a la existencia de 13 Centros Colaboradores de la OMS en el país de los 264 que existen actualmente en la Región de las Américas y el envío de brigadas médicas, materiales y medicamentos a países que han sufrido el embate de desastres naturales, o la recepción en el país de personas afectadas por dichos desastres.<sup>13</sup>

## **PROYECTOS DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES**

Durante el período comprendido entre 1966 y 2007, que abarca a 6 bienios, se aprobaron 67 proyectos. La Representación de OPS/OMS en cada país actúa como facilitador para que la propuesta cumpla los requisitos técnicos y científicos requeridos. Algunos ejemplos son:

### **Bienio 1998-1999**

Se desarrollaron proyectos con 8 países: Costa Rica, Ecuador, Venezuela, Brasil, Nicaragua, Uruguay, Costa Rica-Panamá y Honduras.

Los temas mas destacados fueron la seguridad alimentaria con un proyecto multipaís entre Costa Rica, Panamá y Cuba; el sistema de información en salud con Honduras, que fundó las bases para su trabajo en el bienio siguiente; el mejoramiento de sistemas de análisis en mortalidad infantil con Costa Rica y el desarrollo de municipios saludables con Ecuador.

### **Bienio 2000-2001**

Proyectos con 9 países: Ecuador, Honduras, Uruguay, Colombia, Canadá, Bolivia, Brasil y El Salvador.

Estos abordaron temáticas variadas dirigidas fundamentalmente a fortalecer los procesos de la Atención Primaria en Salud, y destacó lo concerniente a mejorar los sistemas de información y las estadísticas vitales, las estrategias de promoción de salud, los programas de inmunización y las iniciativas de salud y vivienda, todo desde una perspectiva del desarrollo local.

### **Bienio 2002-2003**

Se desarrollaron proyectos con 11 países en áreas temáticas como: medicamentos y servicios con Brasil y Bahamas; análisis de situación de salud con El Salvador, Chile, y Canadá; economía de la salud con México; medio ambiente con Haití; y vigilancia en el control de enfermedades, desarrollo local y servicios de salud con República Dominicana y Honduras; así como municipios productivos entre Guatemala-Honduras-El Salvador y Cuba.

### **Bienio 2004-2005**

En este bienio, y como forma de contribuir con los países priorizados en la región, se ejecutaron 5 proyectos de cooperación técnica entre países. Cuatro de ellos fueron dirigidos, fundamentalmente, a la temática de vigilancia y control de enfermedades: "Vigilancia en Dengue y Malaria" con Nicaragua, "Control de Leptospira", con Honduras, "Residuos sólidos", en Haití y en el área de servicios con Bolivia donde se desarrollo un proyecto de "Medicina Tradicional".

Entre otras temáticas abordadas en este bienio se encuentran las dirigidas al sistema y servicios de salud, con proyectos de "Fortalecimiento de la atención en salud", con Bahamas, "Fortalecimiento del componente salud mental en la atención primaria", con República Dominicana y Panamá, otros dirigidos a la gobernabilidad y salud con el proyecto de "Espacios y recursos de gobernabilidad", con Ecuador, así como otros dirigidos a la prevención y control de enfermedades como "Control de la ciguatera" y "Enfermedades transmitidas por alimentos", con Canadá.

### **Bienio 2006-2007**

Durante este bienio fueron presentados y aprobados 8 proyectos de cooperación técnica entre países con la participación de 11 países y un 100 % de asignación de

los fondos planificados para TCC. En cuanto al cumplimiento de las actividades programadas se logró un 99 % de ejecución de los fondos asignados.

Se desarrollaron proyectos de cooperación técnica con 4 de los 5 países prioritarios: Haití, Guayana, Nicaragua y Honduras.

Las temáticas abordadas fueron: Salud ambiental con Brasil; desarrollo de políticas, planes, servicios y legislación de salud mental con Panamá; el fortalecimiento en el control de enfermedades emergentes y reemergentes con énfasis en el control de malaria con Jamaica; el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la vigilancia de la leptospirosis humana y el dengue con Honduras y Guatemala; el fortalecimiento de capacidades locales para la implementación de los modelos regionales de salud, la atención integral y la formación de los recursos humanos en salud en las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur de Nicaragua; la evaluación de capacidades básicas para el Reglamento Sanitario Internacional con los países centroamericanos y República Dominicana; el control de la rabia humana transmitidas por perros en Haití y un proyecto multipaís de apoyo a la estrategia de VIH/Sida con Bahamas, Guyana, Jamaica, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Belice.<sup>13,14</sup>

## **PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN ANGOLA**

Desde que se lanzó la Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio en 1988, este programa ha crecido para convertirse en una de las mayores iniciativas de salud pública coordinadas internacionalmente en la historia. Ya que brinda servicios básicos de salud, tales como la inmunización y micro nutrientes a los más pobres ya sea a los que viven en zonas marginales urbanas, aldeas remotas o áreas afectadas por conflictos, se le considera como la expresión fundamental de equidad y justicia social, ignorando el status socio-económico, sexo, raza o creencia.<sup>15</sup>

Recientemente, los días 21 y 22 de octubre del 2008, se efectuó la Reunión de la Junta de Monitoreo de los Datos de Seguridad para la Polio en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. En ella, la Dra. Jackie Fournier-Caruana, funcionaria de la OMS revisó el estado actual del Programa Global de erradicación de la Polio en el mundo. Se valoró la situación actual en los 4 países que continúan con circulación del poliovirus 1 y 3 salvajes, los esfuerzos necesarios para lograr la definitiva erradicación, la vigilancia que hay que mantener para evitar la reintroducción en países con baja cobertura de inmunización y se expone la situación de la reintroducción en áreas fundamentalmente de África.<sup>16</sup>

Con esta preocupación permanente por las autoridades de salud a nivel mundial, en los últimos 20 años de la Iniciativa Global, se han realizado varias iniciativas por los países, entre ellas la de intercambiar y compartir habilidades técnicas, tal como se ejemplifica con la presencia de 21 especialistas cubanos a Angola para ayudar a fortalecer el sistema de vigilancia de la polio a nivel provincial.<sup>15</sup>

Este proyecto de cooperación técnica tiene la característica de que por primera vez se brinda apoyo con esta modalidad a un país fuera de la región de las Américas, mediante el cual se proporciona mayor relevancia y connotación al trabajo de Cuba dentro de la Organización y por otra parte, constituye un reconocimiento a las potencialidades y fortalezas de los profesionales de la salud que trabajan para desarrollar junto a la OMS esta colaboración en cualquier parte del mundo.



## **Antecedentes de esta colaboración**

A mediados del año 2007, la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/OMS) le formula al Ministerio de Salud de Cuba una propuesta de cooperación técnica con la participación de 20 médicos, como contribución a las acciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva a cabo en la Región de África (AFRO), especialmente en Angola, en el marco de los esfuerzos de la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis y que estaría encaminada principalmente al trabajo interrelacionado con las autoridades de salud de este país y los consultores de la OMS que ya estaban en las diferentes provincias.

Los propósitos de este apoyo estaban encaminados a brindar asistencia técnica a las autoridades y técnicos de cada territorio para alcanzar las metas de erradicación de la poliomielitis, vigilancia y control de las enfermedades inmunoprevenibles, así como el apoyo de la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades de Programa Alargado de Vacunaciones (Programa de Vacunación angolano) provinciales y municipales y de esta forma contribuir a la sostenibilidad de las acciones.

En el período comprendido entre febrero, momento en que llega el equipo cubano, y julio de 2008, se realizó un profundo trabajo de obtención, análisis y procesamiento de los datos recogidos en los informes mensuales por los equipos de trabajo a nivel provincial y central, se enriqueció con las experiencias específicas de cada territorio sobre vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles, las coberturas de vacunación de rutina, la confirmación de casos, las decisiones de la Comisión de Peritos de Poliomielitis y las estadísticas sobre las jornadas locales y nacionales de vacunación así como análisis e informes técnicos de la OMS.

Se evidencian como principales resultados en este período la *vigilancia epidemiológica*, donde se cumplió la lista exhaustiva y la clasificación de las unidades sanitarias acorde al grado de prioridad y los avances significativos en la ubicación de puntos focales para la vigilancia activa en comunidades. El *incremento en la capacitación y sensibilización* con la supervisión formativa para el personal de asistencia médica, puntos focales, técnicos municipales, directivos, representantes de la comunidad y población en general y la *elaboración de un Boletín Epidemiológico* a disposición de la Dirección Provincial de Salud para su distribución en las instancias correspondientes, lo que permitió la evaluación y toma de decisiones puntuales.

La estrategia desarrollada para lograr estos avances en este período fue la integración de las fuerzas en el trabajo en equipos, a nivel provincial integrados por los supervisores del Programa de Inmunizaciones, puntos focales de la Organización Mundial de la Salud y los profesionales cubanos, este alto grado de integración proporcionó estos avances en la primera etapa del proyecto.<sup>17</sup>

A pesar de que solo transcurrieron 4 meses del inicio del trabajo conjunto para el apoyo a los programas de erradicación de la poliomielitis en Angola, se aprecian los avances concretos ya mencionados anteriormente, pero su valor añadido radica en que se demostró que es posible lograr el apoyo interregional en salud siempre que la solidaridad sea vista como un principio básico en la salud y exista la voluntad política de apoyar estas iniciativas de organismos internacionales, para afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.

## **Consideraciones finales**

Cuba ha demostrado con su ejemplo la voluntad y el deseo de apoyar y ayudar a los países de la Región en alcanzar mejores indicadores de salud desde los orígenes de la Organización Panamericana de la Salud hace más de 100 años y de contribuir al mejor desarrollo de esta.

Es importante impulsar la cooperación técnica entre países, encaminada a desarrollar y fortalecer las capacidades nacionales siempre que sus propósitos y principios realmente respondan a las necesidades de cada país.

El perfeccionamiento de esta trae como principales resultados la adaptación de metodologías o técnicas ya desarrolladas y probadas en sus lugares de origen, la sistematización de experiencias, transferencia de tecnología y publicaciones de resultados científicos, todo lo anterior permite fortalecer los vínculos entre países y alcanzar un desarrollo concreto de sus capacidades institucionales.

El desarrollo de un proyecto interregional para la erradicación de la poliomielitis en África que involucre a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Regional de la OMS para África, en el que los especialistas cubanos constituyan su eje central es un hecho relevante en la historia de la salud cubana y dentro de la propia Organización Mundial de la Salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Delgado G. Presencia cubana en los orígenes de los Organismos Internacionales de la salud Pública. Cuaderno de Historia 1995;80. Citado en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/vol\\_1\\_95/his07195.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_95/his07195.htm). Sitio consultado 16/7/2004.
2. Organización Panamericana de la Salud. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Washington DC.: OPS; 1999.
3. Cueto M. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica No. 600. Washington DC. ; 2004. Pp.37-48.
4. Bustamante M. Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1952.
5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su finalidad. Sus actividades. Su estructura. Publicaciones Varias No 54. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., 1960.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1984. Documento Oficial No 201. Ed. OPS. Washington, D.C., 1985.
7. Delgado García G, Pichardo Días M. La representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de salud. PALCOGRAF. La Habana, 2002.
8. Licha M. La Cooperación técnica entre países: Panamericanismo en el siglo XXI. XV Reunión de Directores de Cooperación Internacional de América Latina y el

Caribe 11-13 de marzo de 2002, Montevideo, Uruguay. Oficina de la Subdirección OPS/OMS, Washington DC, 2002.

9. Fondo de Población de Naciones Unidas. Informe Anual del Director 1998. Documento Oficial No 201. Ed. UNDP. Nueva York, 1998.

10. La cooperación Técnica en los Países de la Región. Documento presentado en la reunión del 46 Consejo Directivo de la OPS/OMS, 26 al 30 de septiembre del 2005, Washington DC.

11. La Cooperación Técnica entre países: Una herramienta eficaz para las alianzas entre países. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Cáp.3 del Informe Anual de la Directora, 2005.

12. Roses, M. Fomentando la Cooperación técnica entre países: Experiencia OPS/AMRO. Conferencia en sede de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.

13. Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Cooperación Técnica entre países (TCC). Cuba 1996-2007. Unidad de Gestión de la Información y el Conocimiento OPS/Cuba. Mayo 2008.

14. Representación en Cuba de la OPS/OMS. Estrategias de Cooperación de la OPS/OMS en Cuba. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.cub.ops-oms/default.htm> . Consultado: 24 de mayo de 2008.

15. Intervención del Dr. David Heymann, asistente del Director General para la Seguridad de la Salud y Medioambiente y representante del Director General para la Erradicación de la Polio en la I Reunión de Ministros de salud del Movimiento de los No Alineados. Ginebra, Suiza; 21 de mayo 2008.

16. Intervención de la Dra. Jackie Fournier-Caruana, Programa de Erradicación de la Polio OMS, en Reunión del DSMB para proyectos de Polio. Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 21-22 de octubre de 2008.

17. Montalvo G. Informe Final de la misión de apoyo al Programa de Erradicación de la Poliomiélitis en Angola. Oficina Regional de la OPS/OMS en Cuba; 2008.

*Nestor Marimón Torres*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 1 núm. 202, entre Línea e I, El Vedado. La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [dirdri@informed.sld.cu](mailto:dirdri@informed.sld.cu)