

LA REPRESENTACIÓN OPS/OMS EN CUBA

***Conmemorando 100 años
de Salud***



© La Representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de
Salud, 2002

Redacción: Gregorio Delgado García
Marío Pichardo Díaz

Transcripción: Yolanda R. Vega Gutiérrez

Revisión editorial: Ileana Herrera López

Diseño de cubierta e ilustraciones: Norka Aldana de Yépez
Eduardo Álvarez Blanco

Impresión: PALCOGRAF.

Contenido

Prólogo / 5

I. Antecedentes de la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América / 9

Orígenes de los organismos sanitarios en el Nuevo Mundo / 9

Surgimiento de los organismos sanitarios internacionales / 11

II. Fundación de la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América y su posterior desarrollo / 19

III. Cuba en la Organización Panamericana de la Salud / 37

IV. Representantes Viajeros y Zona II de la Oficina Sanitaria Panamericana, México D.F: colaboración en Cuba / 45

V. Representación OPS/OMS en Cuba: programas desarrollados en colaboración / 51

Décadas de los años de 1960 y 1970 / 51

Década de los años de 1980 / 70

Década de los años de 1990 / 76

VI. Proyección actual de la Representación OPS/OMS en Cuba / 79

Bibliografía y Documentación Consultadas / 97

Apéndices / 103

Apéndice I / 105

Apéndice II / 106

Apéndice III / 107

Apéndice IV / 108

Apéndice V / 110

PRÓLOGO

El Profesor Gregorio Delgado, Historiador del Ministerio de Salud Pública de Cuba, nos ha dado la valiosa oportunidad de recorrer importantes momentos de la historia de la salud pública en el mundo y en forma particular la de los organismos sanitarios, cuando en el año 1422 en España, el Rey Juan II de Castilla daba inicio a la organización de la salud pública española, al otorgar a su primer médico de cámara el título de protomédico real, con funciones de fiscalización del ejercicio de la medicina en todas sus ramas.

Asimismo, nos proporciona la información sobre el surgimiento de los organismos internacionales a partir de la revolución industrial en Europa, la convocatoria a la I Conferencia Internacional realizada en París en el año 1851 y el proceso desencadenado para disponer de un convenio sanitario internacional, hasta la realización en la Región de Las Américas, de la V Conferencia en 1881, oportunidad en la cual se destaca la trascendente intervención del doctor Carlos J. Finlay de Cuba sobre la transmisión de la fiebre amarilla.

El autor con su acostumbrado estilo y la fundamentación histórica que sustenta este trabajo, nos lleva a la I Convención Internacional de las Repúblicas Americanas que se celebró en Washington, D.C., del 2 al 5 de diciembre del 1902, la cual aprobó la creación de la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América el día 2 de diciembre de 1902, origen de la Organización Panamericana de la Salud.

Por otra parte, destaca por su trascendencia, la aprobación del Código Sanitario Panamericano el 14 de noviembre de 1924, en La Habana, durante la celebración de la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, con lo cual se dispuso del instrumento jurídico internacional aprobado y ratificado por todos los países de la Región en 1936; este instrumento recibió un protocolo anexo en 1952 y con estas enmiendas se ha mantenido hasta el presente.

Para la Organización Panamericana de la Salud ha sido muy importante la participación de Cuba desde su inicio a través de notables científicos y salubristas, que contribuyeron a su fortalecimiento y desarrollo; nos encontraremos en esta publicación con los aportes de Carlos J. Finlay y Juan Guiteras Gener al comienzo de este esfuerzo panamericano y una relación de importantes figuras de Cuba que han contribuido con la salud pública en este contexto intergubernamental de la OPS.

Por otra parte, el trabajo ha incorporado una significativa memoria institucional sobre la presencia de la OPS en Cuba, que nos lleva al año 1935, en el cual el doctor Maurice Roe, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, fue nombrado comisionado viajero para prestar sus servicios en el país y conllevó a la elaboración de un primer plan a partir de un estudio e investi-

gación de las necesidades sanitarias de la República; estos servicios de asesoría realizados por los llamados comisionados viajeros se extienden hasta el año 1964. Cabe destacar que hacia el final de la década de los años 50 se produce el triunfo de la revolución, que marcará entre sus políticas sociales las prioridades de la salud pública.

En 1965 la Organización Panamericana de la Salud nombra a su primer Representante, el doctor Manuel Zúñiga, de Chile, y se inicia una etapa de relaciones permanentes entre el Gobierno de Cuba y la Organización, a partir de la cual se van articulando las relaciones y adecuándose el trabajo de la cooperación técnica en las diferentes etapas, sobre la base de las prioridades políticas establecidas por el Gobierno Nacional. En el transcurso de estos años se suceden en la conducción de la Representación, Joaquín Eduardo de Alencar del Brasil, Romulus Arion de Rumania, en forma interina, y Luis Corach, de nacionalidad argentina.

Durante esta etapa y en el período comprendido en la década de los años 70, la orientación de la cooperación técnica se concentra en determinados programas priorizados por el país, como fueron: la erradicación del Aedes aegypti; el de nutrición; el de perfeccionamiento de profesionales en el campo de la ingeniería sanitaria; el programa nacional de abastecimiento de agua; el desarrollo de los recursos humanos para la salud; el proyecto de inmunizaciones para áreas rurales de Cuba; el proyecto de control de zoonosis; el programa de extensión del servicio materno-infantil; el de control de medicamentos; el de servicios integrados de salud; el programa de administración y mantenimiento de servicios y equipos de salud; el curso sobre programación en salud pública; el servicio integrado de salud mental; el programa de estudios avanzados en salud; y el proyecto regional en educación continua para el personal de salud.

A partir del año 1976 y hasta el año 1981 el doctor Daniel Joly, de Argentina, fue el Representante en el país, es reemplazado luego por el doctor Luis Ernesto Giraldo de Colombia, hasta su muerte en 1986; luego es nombrado el doctor Yoao Yunes de Brasil en 1987 y es reemplazado en 1989 por el doctor Miguel Márquez de nacionalidad ecuatoriana.

En la década de los años 80 se trabajó en la reorientación de la cooperación técnica, con la participación de equipos multidisciplinarios, para el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y aumentar su capacidad para utilizar al máximo la cooperación de la OPS/OMS. Un balance del proceso mostró que hacia el final de la década existían algunos ejes interprogramáticos que se habían realizado, como el desarrollo de los sistemas locales de salud; el enfoque epidemiológico, con énfasis en la promoción de la salud; el perfeccionamiento de la capacitación del personal de salud; análisis económico, como componente de la gestión de salud; la utilización de los resultados de la investigación científico técnica para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS), y la cooperación técnica entre países.

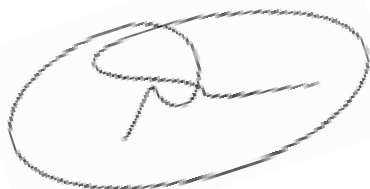
En la década de los años 90 continuó al frente de la Representación el doctor Miguel Márquez hasta el año 1996 y es reemplazado por el suscrito, doctor Patricio Yépez, del Ecuador. En su primera etapa se promueve la realización de los estudios sectoriales de agua y saneamiento y del sector salud, complementado en 1997 por el análisis sectorial de residuos sólidos, lo cual sirve de base para la formulación del Plan Maestro de Inversiones en Ambiente y Salud.

Un primer ejercicio evaluativo entre el SNS y la OPS/OMS significó una nueva reorientación del enfoque de la cooperación técnica hacia el estudio de modelos organizativos para la gestión de salud al nivel local; continuar fortaleciendo el trabajo de promoción de salud; fortalecer la movilización de recursos; y prestar especial atención al desarrollo del personal en dirección a los SILOS.

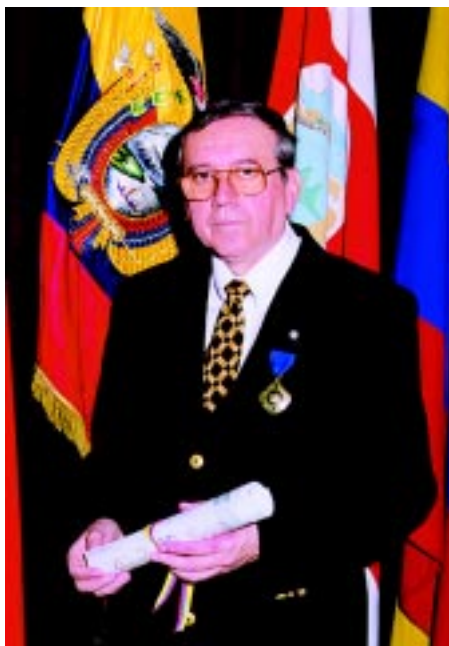
En la segunda parte de la década y a partir de los ejercicios de evaluación conjunta, la cooperación técnica se ha orientado por tres procesos estratégicos, la descentralización, la movilización de recursos y la acción intersectorial, y se concreta a través de dos proyectos, uno dirigido al desarrollo municipal, y otro al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Este enfoque integral ha permitido llevar la cooperación técnica hacia los ámbitos de los municipios y los consejos populares, hacer accesible esta cooperación a los gobiernos locales y dar una respuesta integrada y coherente a las necesidades y prioridades locales. El plano nacional ha sido motivo de atención, a través del otro proyecto que complementa en forma orgánica la orientación integral de la cooperación al Sistema Nacional de Salud, y a las instituciones de investigación y tecnología de punta; también son hechos relevantes la iniciativa de los municipios productivos a través de la vinculación de los gobiernos locales, los actores sociales del territorio y las actividades económicas productivas que en conjunto apoyan el fortalecimiento y desarrollo de los municipios, su sostenibilidad y dan respuesta a la política del gobierno en el proceso de alcanzar para la población del país, salud y calidad de vida.

Ha sido un privilegio para la Representación de la OPS/OMS en Cuba -con motivo de los 100 años de nuestra Organización- contar con la valiosa contribución histórico-científica del Profesor Gregorio Delgado, que a través de este importante y significativo trabajo nos lleva por los senderos y caminos de la salud pública internacional y nacional, que han sido parte de la vida de la Organización Panamericana de la Salud a la que rendimos homenaje con motivo de su Centenario.



DR. PATRICIO YÉPEZ MIÑO
Representante OPS/OMS en Cuba



I

ANTECEDENTES DE LA OFICINA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS DE AMÉRICA

Orígenes de los organismos sanitarios
en el Nuevo Mundo

L

os organismos sanitarios que primeramente se establecieron en el Nuevo Mundo correspondieron a los de la sanidad española. En 1422 el rey Juan II de Castilla (1406-1454) al concederle a su primer médico de cámara el título de protomédico real, con funciones de fiscalización del ejercicio de la medicina en todas sus ramas, daba inicio a la organización de la salud pública española, pues a estas funciones se agregarían otras que constituirían en el futuro las ramas de sanidad y de beneficencia pública.

Por la Ley Fundamental del Real Protomedicato, decretada por los Reyes Católicos (1474-1516) el 30 de marzo de 1477, se daba forma a esta inicial organización como tribunal múltiple con fiscales en las principales ciudades del país. Las Reales Pragmáticas de 1491 y 1498 vinieron a completar las ordenanzas de este organismo.

Las necesidades sanitarias de las colonias de América hicieron que tempranamente, en las Leyes de Indias, los monarcas españoles se ocuparan de estos asuntos y así en el libro V, título VI se encuentra la Ley Primera, del rey Felipe II (1555-1598), fechada en Madrid el 11 de enero de 1570, sobre el nombramiento de protomédicos generales para las colonias americanas.



Libro de 1775 que contiene la Real Pragmática de Fernando de Aragón e Isabel la Católica referente a Protomédicos, examinadores y de su jurisdicción.

Mediante esta ley quedó establecido el Real Tribunal del Protomedicato en América en los Virreinos de México y Perú, aunque ya desde antes existían facultativos con tales funciones en ambas gobernaciones.

Por su situación geográfica estratégica en las comunicaciones de estos virreinos con la metrópoli ibérica, el tercer protomedicato fue creado en La Habana en 1634, al cual le siguieron el de Bogotá en 1639, el de Quito en 1694, en Panamá en 1725, en Santiago de Chile en 1756, en Buenos Aires en 1780, en Guatemala en 1793, en Guayaquil en 1794 y otros.

Con la llegada en 1804 de la expedición mandada por el rey Carlos IV (1788-1808) para traer la vacuna antivariólica a sus colonias de América –Real Expedición de la Vacuna (1803-1806)- a cuyo frente venía el Cirujano de Cámara Real Francisco Xavier Balmis (1753-1819), se establecerán las Juntas Central y Subalternas de Vacunación como segunda institución de la salud pública española en el Nuevo Mundo. A estas le seguirán en el futuro –como auxiliares primero y como sustitutas después del Real Tribunal del Protomedicato- las Juntas Superior, Provinciales y Locales de Sanidad; las Reales Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia y las Juntas General y Municipales de Beneficencia y Caridad.

Cuando las antiguas colonias acceden a la independencia estas formas de organización sanitaria van a continuar, aunque en muchos casos con modificaciones, dadas por las características de las condiciones de salud y posibilidades económicas de las nuevas repúblicas.

La sanidad en Portugal, a pesar de ser muy influida por la española, crea tardíamente el Real Tribunal del Protomedicato en 1782, institución que nunca llegará a Brasil, donde se organiza su salud pública en el período republicano de su historia con el Servicio Sanitario Estadual.

La tradición sanitaria inglesa tuvo una notable influencia en la organización de la salud pública en los Estados Unidos de Norteamérica. Ya en la primera década del siglo XIX se había reglamentado la existencia de un Inspector de Salud en las principales ciudades. Esta instancia se ocupaba de la administración sanitaria, el control de epidemias y la recogida y elaboración de datos estadísticos.

Las pandemias de cólera de 1830 y 1849 van a determinar que los distintos estados del país hagan frente a esta amenaza con el establecimiento de

Departamentos de Salud en Luisiana en 1855, en Massachusetts en 1869 y en California en 1870. En 1872 se crea la Asociación Estadounidense de Salud Pública y en 1883 el Cirujano General del Servicio de Hospitales Navales, se hará responsable de la cuarentena interestadual e internacional, para cambiar su nombre en 1912 por el de Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, que tanta importancia va a tener en el desarrollo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Surgimiento de los primeros Organismos Sanitarios Internacionales

La revolución industrial inglesa (1640-1660) que paulatinamente hará sustituir la mano de obra por la máquina y se extenderá por los países de Europa, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII produce un extraordinario desarrollo en las aplicaciones industriales del vapor, la extensión de los ferrocarriles y el auge de la navegación mecánica, para dar al comercio internacional un impulso sin precedentes. Muestra de ese desarrollo se dejará ver en 1851 en la gran Exposición Universal de Londres, donde más de seis millones de visitantes pudieron admirar en ella los productos del trabajo y de la habilidad técnica de muchas naciones.

Pero este desarrollo también hará que las enfermedades epidémicas de las regiones más apartadas del planeta se extiendan para convertirse en verdaderas pandemias, azotes de toda la humanidad. Ejemplo histórico de ellas es el cólera morbo asiático conocido desde la más remota antigüedad como endémico en el delta de los ríos Ganges y Brahmaputra, al este de la India y Bangladesh, de ahí que cuando Alejandro Magno (356-326 AC) llegó con sus ejércitos a la frontera de la India y supo que una grave enfermedad asolaba a todo el país -sin lugar a dudas para los historiadores médicos el cólera- volvió sobre sus pasos y se retiró sin invadirla.

La segunda pandemia bien estudiada de cólera (1829-1850) entró a Europa por primera vez en 1830 a través de Afganistán, Irán y Rusia. En Egipto en 1831 causó 150 000 defunciones. En 1832 se extendió por casi todo el continente europeo. España fue invadida de 1833 a 1834, Inglaterra en 1832 y 1848 e Italia también en dos ocasiones. Durante el verano de 1832 llegó a Canadá y Estados Unidos de Norteamérica. En Canadá hizo su entrada por Quebec, se extendió por el país y simultáneamente llegó a Estados Unidos de Norteamérica por Nueva York. Irrumpe en Filadelfia, Nueva Orleans y alcanza la costa del Pacífico. En 1833 invade México y Cuba, proveniente de Estados Unidos de Norteamérica, de donde le llegará a la mayor de las Antillas por igual procedencia en 1850. Entre 1833 y 1837 penetra en las Guayanas, Guatemala y Nicaragua; en 1848 en Panamá y ese mismo año son reinvasados, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

Durante la tercera pandemia (1852-1860) el cólera atacó nuevamente a América: Estados Unidos de Norteamérica, México, Trinidad y Tobago, Saint Thomas (Islas Vírgenes Norteamericanas), Islas Vírgenes Británicas, Puerto Rico, Uruguay, Colombia, Brasil, El Salvador, Costa Rica, Honduras y Guayanas. En Europa, España fue invadida de 1853 a 1856 y de 1859 a 1860

e Inglaterra de 1854 a 1855. En Francia produjo en 1854 nada menos que 140 000 defunciones. Ese año, en el estudio de la pandemia en la barriada londinense de *Golden Square*, Soho, el genial médico inglés John Snow (1813-1858), con su aporte del método epidemiológico, descubre la transmisión hídrica del cólera.

En esta época, en que una prosperidad material sin precedentes corría paralela con un estado de insalubridad que permitía la entrada de las grandes pandemias a países y ciudades que no cesaban de crecer y superpoblarse, es que comienza la internacionalización de la salud pública como una búsqueda de solución a los problemas sanitarios, que los insuficientes sistemas nacionales no podían controlar aisladamente.

El 23 de julio de 1851 comenzaba en París la I Conferencia Sanitaria Internacional con la presencia de veinticuatro representantes de doce países, once europeos y uno asiático: Austria, Cerdeña, las Dos Sicilia, España, los Estados Pontificios, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, la Sublime Puerta (Turquía) y Toscana.

Casi exactamente a seis meses de su inicio, después de celebrar cuarenta y ocho sesiones plenarias y numerosas reuniones de sus comisiones, la Conferencia clausuró sus trabajos el 19 de enero de 1852, con el resultado de un convenio sanitario internacional al que se adjuntó el texto de un reglamento sanitario internacional, que comprendía 137 artículos. Los delegados presentes firmaron el citado documento así como un proyecto revisado de este, pero lamentablemente en años posteriores no fue ratificado por los gobiernos representados y en 1855 el convenio quedó sin efecto alguno. Este ejemplo, sin embargo, sirvió de estímulo para que se organizaran numerosos congresos y asociaciones internacionales no gubernamentales, entre los que es de destacar la serie de congresos internacionales de medicina, el primero de los cuales tuvo lugar en París en 1867, y a finales del siglo se habían celebrado ya doce, en once países.

Los gobernantes comprendían, con estas experiencias, que para el estudio de cualquier problema técnico y su necesario examen simultáneo por expertos de muchos países, los métodos tradicionales de negociación bilateral entre diplomáticos profesionales no eran suficientes, por lo que van a ser sustituidos en esta segunda mitad del siglo XIX por las conferencias internacionales, convocadas con el fin de que las naciones pudieran ponerse de acuerdo sobre numerosas cuestiones ajenas a la política.

No son pocos, en la época, los temas que van a dar lugar a conferencias internacionales, entre las que se destacan: comunicaciones postales y telegráficas; pesas y medidas; patentes, marcas de fábrica y derechos de propiedad literaria; tarifas de transporte por ferrocarril; navegación y protección de la vida en alta mar; trata de esclavos, y legislación del trabajo. En algunos casos se constituirán uniones públicas internacionales dotadas de oficinas permanentes, entre ellas la Unión Internacional Telegráfica (1865), actualmente Unión Internacional de Telecomunicaciones; la Unión Postal Universal (1874) y la Unión Internacional de Pesas y Medidas (1875).

No será raro, con tantos ejemplos, que a pesar del aparente fracaso de la I Conferencia Sanitaria Internacional se convocara a la segunda en la misma ciudad de París, en 1859, con la característica de que no participaron en ella delegados médicos, porque se pensaba entonces que los problemas de la salud pública internacional, más que a las ciencias médicas, correspondían

Cuadro del pintor cubano Ramón Loy González, que representa al doctor Tomás Romay Chacón, vacunando a sus hijos contra la viruela en 1804.

a la política, pues en los acuerdos que se tomaran se hacía dejación, aunque fuera en forma limitada, de la soberanía absoluta de la nación. La II Conferencia duró cinco meses y en ella se aprobó un nuevo proyecto de convenio, del cual no volvió a tenerse después la menor noticia.

La III Conferencia Sanitaria Internacional es la primera que se llevó a cabo en un país asiático, pues se celebró en Constantinopla, actualmente Estambul, Turquía, en 1866 con duración de seis meses. En ese tiempo se debatieron importantes aspectos del cólera que años más tarde fueron confirmados o negados por la ciencia, sin que se pudiera establecer un concepto claro de la naturaleza de la enfermedad, ni del modo de su propagación.

La IV Conferencia Sanitaria Internacional, fue la primera después de la apertura del Canal de Suez en 1869, se inauguró en Viena el 1 de julio de 1874 y duró tan solo un mes. Si es cierto que fue la más corta, sus debates, sin embargo alcanzaron una calidad muy elevada y entre sus delegados se encontraban científicos de tanto renombre como Max von Pettenkofer (1818-1901) y Alexander Hirsch (1830-1901), los que continuaron los debates sobre el cólera y aprobaron la creación de una Comisión Internacional Permanente de las Epidemias con sede en Viena, integrada por médicos designados por los veintiún países firmantes, cuya tarea principal sería el estudio de la etiología y profilaxis del cólera.

La V Conferencia Sanitaria Internacional fue la primera que se celebró en el continente americano y la primera también, a la que asistieron nuestros países. A causa de los estragos ocasionados por la extensión de la fiebre amarilla en Estados Unidos de Norteamérica, el Congreso de esta nación acordó el 14 de mayo de 1880 invitar a los países marítimos, cuyos puertos pudieran ser infectados por la enfermedad, a celebrar en su capital Washington, la quinta de estas conferencias durante los meses de enero a marzo de 1881, por lo tanto en este evento sanitario se trataría junto al tema permanente del cólera, el de la fiebre amarilla.

Aceptaron la invitación veintiséis países: doce de Europa, tres de Asia, uno de África, uno de Oceanía y nueve de América. Estos últimos eran: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Estados Unidos de Norteamérica, Haití,





El cólera llegó por primera vez a las Américas en 1832.

México, Perú y Venezuela, a los que pudieran agregarse Canadá, que envió un delegado especial incluido en la delegación de Gran Bretaña y aunque eran entonces provincias hispanas de ultramar, Cuba y Puerto Rico estuvieron representadas por un delegado especial dentro de la delegación de España. Fueron ellos los pioneros de América en la colaboración sanitaria internacional.

La delegación española era una clásica delegación de la época, integrada por tres miembros: un diplomático, el señor Felipe Méndez de Vigo, Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario ante el Gobierno de Estados Unidos de Norteamérica; un político, el doctor Rafael Cervera (1828-?), que aunque destacado oftalmólogo y miembro de la Academia de Medicina de Madrid, se conocía más como político de ideas republicanas, seguidor de don Nicolás Salmerón (1838-1908), que había sido diputado a las Cortes Constituyentes republicanas, y por un técnico en los temas de la Conferencia, el delegado especial doctor Carlos J. Finlay Barrés (1833-1915), natural de Puerto Príncipe, actual ciudad de Camagüey, Cuba, reconocido ya como un consagrado investigador de la fiebre amarilla y el cólera, miembro de número de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, presidente de la Comisión de Fiebre Amarilla de la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana, miembro destacado de la Comisión Auxiliar que asesoró en La Habana a la I Comisión Americana para el Estudio de la Fiebre Amarilla en 1879 y autor de importantes estudios sobre el cólera, en los que demostró su origen hídrico, al aplicar por primera vez en América, en la epidemia de 1867 a 1868 en La Habana, el método epidemiológico que John Snow había dado a conocer en 1854.

La participación del doctor Finlay le dio indiscutiblemente una mayor relevancia histórica a esta Conferencia. En su primera intervención el 18 de febrero de 1881 da a conocer lo que en Cuba se hacía por entonces en el campo de los estudios sobre fiebre amarilla y en una segunda intervención, el mismo día, expone su idea original sobre el modo de transmisión de la enfermedad. Entre otras cosas dijo textualmente:

“Mi opinión personal es que tres condiciones son en efecto necesarias para que la fiebre amarilla se propague:

Primero. La existencia de un caso de fiebre amarilla, comprendido dentro de ciertos límites de tiempo con respecto al momento actual.

Segundo. La presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad

Tercero. La presencia de un agente cuya existencia sea completamente independiente de la enfermedad y del enfermo, pero necesaria para transmitir la enfermedad del individuo atacado de fiebre amarilla al hombre sano.

Esto me dirán no pasa de una hipótesis; y así lo entiendo; más lo creo plausible y tiene por lo menos el mérito de explicar cierto número de hechos hasta ahora inexplicables por las teorías actuales[...]"

De esta forma sencilla, breve y clara, daba a conocer el doctor Finlay la formulación teórica de su genial doctrina metaxénica del contagio de enfermedades infecciosas, que seis meses más tarde daría a conocer completamente desarrollada, en el caso de la fiebre amarilla, con el nombre del agente transmisor, el mosquito actualmente clasificado como *Aedes aegypti*, el 14 de agosto de 1881 en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, en su inmortal trabajo "El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla".

En esta V Conferencia se propuso, como en la anterior, la creación de una institución internacional de notificación epidemiológica ahora con el nombre de Organismo Sanitario Internacional Permanente de Notificación, con dos oficinas: una en Viena encargada de reunir y distribuir las informaciones relativas a Europa, Asia y África y otra en La Habana, como indiscutible reconocimiento al trabajo que allí se realizaba, con igual misión respecto a las Américas. El Imperio Austro-Húngaro y el Reino de España serían los encargados de fijar el presupuesto anual del citado organismo y notificar a los gobiernos participantes la cuantía de las contribuciones que les correspondieran. No obstante la gran importancia que esta propuesta aprobada reconocía a la notificación de informaciones epidemiológicas, esta nunca se cumplió.

Todas estas reuniones que se han comentado, así como la VI Conferencia celebrada en Roma en 1885, fracasaron por falta de conocimientos científicos sobre las enfermedades epidémicas, que constituían el objeto de sus debates y, en consecuencia, no fue posible adoptar en ellas ninguna reglamentación internacional.



Dr. Carlos J. Finlay Barrés (1833-1915).
Sabio médico cubano. Descubridor de la teoría
metaxénica del contagio de enfermedades.

147
 REPONEN DE LAS CITAS EN OTRO LUGAR EL NOMBRE VETADO.

1. Baygna (Oviado) Antillas.
2. Bois enivrant (Labat), Antillas.
3. Heieri (Appan), Guayana.
4. Milk-bush (Day), Indias Orientales.
5. Hingambet, " "
6. Yathil, " "
7. Gir, " "
8. Thor, " "
9. Soapli, " "
10. Jel Pinl, " "
11. Busbesay, " "
12. Kyer, " "
13. Hong, " "
14. Bongulung, " "

Caracas, Diciembre 18 de 1880.

El Mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla.

(SESION DEL 14 DE AGOSTO DE 1881).

Señor Presidente.—Señor Académico:—Algunos años ha, en este mismo lugar tuvo la honra de exponer el resultado de mis ensayos alcohólicos, con los que creo haber demostrado definitivamente la excesiva alcalinidad que presenta la sangre de la Habana. Quizá recuerden algunos de los Académicos aquí presentes las relaciones conjeturales que creí poder señalar entre ese hecho y el desarrollo de la fiebre amarilla en Cuba. Pero de entonces acá mucho se ha trabajado, se han reunido datos más exactos y la etiología de la fiebre amarilla ha podido ser estudiada más metódicamente que en épocas anteriores. De ahí el que yo me haya convencido de que próximamente ha de ser incontestable cualquiera teoría que atribuya

El inmortal descubrimiento del doctor Finlay fue publicado por primera vez en la Revista Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana 1881;18:147-169.

En 1892, en cambio, cuando se celebró en Venecia la VII Conferencia, se había llegado ya a un acuerdo general sobre la etiología de una de aquellas enfermedades, el cólera, y así pudo adoptarse la I Convención Sanitaria Internacional. En la VIII (Dresde, 1893) y la IX (París, 1894) Conferencias Sanitarias se aprobaron nuevos convenios internacionales dedicados exclusivamente al cólera, como el de 1892.

En 1897, cuatro años después que Alexander Yersin (1863-1943) y Shibasaburo Kitasato (1852-1931), independientemente uno del otro, descubrieron la etiología de la peste, la X Conferencia adoptó una convención internacional consagrada solamente a esta enfermedad.

En el curso del siglo XIX se fundaron también cuatro organismos sanitarios regionales los que obedecían a la necesidad

de crear un sistema para reglamentar los regímenes de cuarentena en la zona del Mediterráneo. No contaban esos organismos con una secretaría ni oficinas propias, eran más bien juntas o consejos en los que solían estar representados el país musulmán huésped y determinadas potencias europeas.

La primera de estas entidades fue el Consejo Superior de Salud de Constantinopla, cuyo origen se remonta a 1838, en el que se integraron los miembros del Consejo de Salud Otomano y delegados de las potencias marítimas y juntos firmaron en 1839 el texto de un acuerdo para reglamentar el control sanitario de la navegación extranjera en los puertos otomanos.

En 1851, año de la I Conferencia Sanitaria Internacional, el Consejo comprendía ocho funcionarios del gobierno otomano, algunos de los cuales eran médicos extranjeros, y delegados de nueve estados europeos: Austria, Bélgica, Cerdeña, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Prusia, Rusia y Toscana.

En 1843 se creó en Egipto un consejo sanitario internacional parecido al de Constantinopla, que más tarde se llamó Consejo Sanitario Marítimo y Cuarentenario de Egipto o Junta de Cuarentena de Egipto. El origen de esta organización, cuya sede radicaba en Alejandría, fue una Junta de Sanidad creada en 1831 con la finalidad de proteger al país contra la introducción de epidemias y enlazada con un sistema de oficinas sanitarias en las provincias. Al abrirse el Canal de Suez cobró mayor importancia la labor de la

Junta y unos años más tarde fue reconocida como oficina epidemiológica regional de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París (OIHP).

En 1840 el Sultán de Marruecos delegó en los agentes de las potencias cristianas representadas en su corte la misión de velar por el mantenimiento de la salud pública en el litoral de su país, y de adoptar, con este fin, todos los reglamentos y las disposiciones que hicieran falta. Así fue creado el Consejo Sanitario de Tánger, cuya misión principal consistía en aplicar medidas de cuarentena para limitar la propagación de enfermedades epidémicas, especialmente la peste y el cólera, por los peregrinos que se dirigían o regresaban de La Meca, principal ciudad sagrada del Islam.

Y por último, en 1867 se estableció el Consejo Sanitario de Teherán, que ni se reunía regularmente ni disponía de recursos, pero fue continuado en 1904 por el Consejo Sanitario del Imperio, organismo nacional creado por decreto del Sha de Persia, el cual comprendía entre sus miembros a representantes médicos de otros Estados. Durante su existencia este nuevo Consejo envió informes de sus reuniones a las legaciones extranjeras y a la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP).



*El mosquito transmisor de la fiebre amarilla y el dengue. Clasificado hoy como *Aedes aegypti*.*

II

FUNDACIÓN DE LA OFICINA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS DE AMÉRICA Y SU POSTERIOR DESARROLLO

L

as repúblicas de Uruguay, Argentina y Brasil firmaron en Río de Janeiro, los días 25 y 26 de noviembre de 1887, una Convención Sanitaria Internacional, pero meses antes, el 3 de julio del propio año, el gobierno de Perú invitó a todas las naciones de América a un Congreso Sanitario Americano que tendría lugar en Lima el 1ro. de noviembre, sin embargo no se inauguró sino el 2 de enero de 1888. En este congreso estuvieron representados solamente Perú, Bolivia, Chile y Ecuador. Sus labores se prolongaron hasta el 12 de marzo y su resultado consistió en una convención cuyas capitulaciones se refirieron a trascendentales puntos, entre ellos, la profilaxis de la fiebre amarilla.

La I Conferencia Internacional Americana efectuada en Washington, D.C., desde el 2 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890, con la cual surge el panamericanismo y sobre la que publicara once antológicas crónicas en el diario La Nación de Buenos Aires, llenas de advertencias políticas, el genial pensador y patriota cubano José Martí Pérez (1853-1895), en la sesión del 7 de diciembre de 1889 sus delegados aprobaron la creación de la X Comisión, compuesta por siete miembros de cinco países (Nicaragua, Brasil, Perú, Venezuela y Estados Unidos de Norteamérica), “para tomar en consideración e informar sobre los nuevos métodos de establecer y mantener reglamentos sanitarios en el comercio entre los varios países representados en la Conferencia”. La X Comisión dictaminó y la Conferencia recomendó a las repúblicas de las tres Américas, que adoptaran la Convención Sanitaria Internacio-



Cuadro del pintor cubano Esteban Valderrama Peña que representa el momento en que el doctor Finlay entrega a los miembros de la IV Comisión Americana, sus trabajos científicos y huevos del mosquito para que comprueben, por ellos mismos, su descubrimiento.

nal de Río de Janeiro (1887) o el texto de la Convención Sanitaria del Congreso de Lima (1888).

Finalizada la guerra independentista de Cuba (1895-1898) con la intervención militar de Estados Unidos de Norteamérica y su consecuente ocupación de la isla de 1899 a 1902, en esta última etapa se va a producir el éxito logrado por la IV Comisión para el Estudio de la Fiebre Amarilla del Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica en la confirmación de la Teoría

Finlaísta, que sin embargo estaba ya confirmada por su autor con algo más de un centenar de inoculaciones experimentales realizadas entre 1881 y 1900 y los trabajos de saneamiento dirigidos por el doctor William C. Gorgas (1854-1920) en La Habana, que llevaron a cero la mortalidad por fiebre amarilla en Cuba entre 1902 y 1904, aunque reapareció en 1905 con 22 defunciones, pero esta vez la salud pública cubana bajo la dirección del propio doctor Finlay logró su erradicación definitiva a partir de 1908. A estos éxitos se agregarían la aplicación de las medidas de control del vector durante la construcción del Canal de Panamá, la lucha eficaz contra el brote de 1905 en Nueva Orleans, así como la eliminación de la fiebre amarilla de Río de Janeiro en 1908, debida a la campaña contra el *Aedes aegypti* emprendida por el doctor Oswaldo Cruz (1872-1917).

Con el antecedente histórico de los convenios sanitarios de Río de Janeiro y de Lima y en medio de la euforia por el triunfo que se lograba sobre la fiebre amarilla se celebra en Ciudad de México, del 22 de octubre de 1901 al 22 de enero de 1902, la II Conferencia Internacional de los Estados Americanos.

En este importante evento su X Comité o de Política Sanitaria Internacional presenta un informe en enero de 1902, el cual fue aprobado y en el que se recomendaba que la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, actual Organización de Estados Americanos (OEA), 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, la cual tendría su sede en Washington, D.C.

La I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se celebró en esta ciudad del 2 al 5 de diciembre de 1902, con la asistencia de diez países: Costa Rica, Cuba (que había alcanzado su independencia formal el 20 de mayo de ese año), Chile, Ecuador, Estados Unidos de

Cuadro del pintor norteamericano Dean Cornwell que representa al doctor Finlay con la IV Comisión Americana en pleno trabajo de comprobación de la teoría del sabio cubano



Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay y el mismo día de su inauguración, el 2 de diciembre de 1902, quedaba constituida la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América en la propia ciudad de Washington, D.C., cuyo centenario se viene celebrando en todo el continente

americano y se elegía, poco después, su Consejo Directivo integrado por altas personalidades de la sanidad hemisférica: presidente, doctor Walter Wyman (Estados Unidos de Norteamérica); secretario doctor Juan J. Ulloa (Costa Rica) y vocales los doctores A. H. Doty y Rhett Goode (Estados Unidos de Norteamérica), Juan Guiteras Gener (Cuba), Eduardo Licéaga (México) y Eduardo Moore (Chile).

La Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América tenía al crearse los deberes siguientes:

Primero. Que será deber de la Oficina Sanitaria Internacional pedir a cada República, que remita pronta y regularmente a dicha oficina todos los datos de toda clase relativa al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.

Segundo. Proporcionar a dicha oficina todo el auxilio posible para que haga un estudio detenido y científico de las invasiones de cualquier enfermedad contagiosa que puedan ocurrir en el territorio de dichas Repúblicas.

Tercero. Se resuelve, además, que la Oficina Sanitaria Internacional estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas Repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas.

Cuarto. Se resuelve, además, que la Oficina Sanitaria Internacional deberá estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en las bahías, el alcantarillado o sistemas de cloacas, el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todas las edificaciones, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos.

Quinto. Esta convención recomienda, asimismo, que a fin de poner en práctica las medidas precitadas, la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas ha de recaudar un fondo de \$5000, moneda de los Estados Unidos de Norteamérica, de acuerdo con el párrafo 7 de las resoluciones de la Segunda Conferencia Panamericana, a que antes se ha hecho referencia

En esta I Convención el doctor Finlay, en su calidad de Jefe de la Sanidad de la Isla de Cuba, presentó el trabajo titulado “¿Es el mosquito el único agente de transmisión de la fiebre amarilla?” y su compatriota, el doctor Juan Guiteras Gener (1852-1925) pronunció una conferencia sobre la profilaxis contra la fiebre amarilla en la ciudad de La Habana. Estas intervenciones se han considerado como los cimientos de la teoría que más tarde permitiría implantar medidas eficaces para el control de la enfermedad.

Al año siguiente de creada la Oficina se inauguró la XI Conferencia Sanitaria Internacional (1903) en París y su principal realización consistió en unificar las cuatro convenciones sanitarias aprobadas en conferencias anteriores y refundirlas en un instrumento único, el Convenio Sanitario Internacional de 1903, cuyas disposiciones se referían tanto al cólera como a la peste y la fiebre amarilla. Con respecto a las tres enfermedades citadas y a sus modos de transmisión, totalmente distintos para cada una de ellas, se disponía, por primera vez, de un conjunto de hechos científicos y universalmente aceptados y de labios del doctor William C. Gorgas, pudieron oír los delegados un resumen de la labor realizada por la IV Comisión para el Estudio de la Fiebre Amarilla del Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, que comprobó el descubrimiento del doctor Finlay y de la subsiguiente campaña encaminada a erradicar el vector en La Habana, dirigida por el propio doctor Gorgas.

El Convenio Sanitario Internacional de París (1903) no tenía vigencia para las Américas y por ello las Repúblicas de Argentina, Uruguay, Paraguay y Brasil firmaron en 1904, en Río de Janeiro, una nueva Convención Sanitaria Internacional ajena a las actividades de la Oficina Sanitaria Internacional de Washington.

La II Convención Sanitaria Internacional celebrada también en la capital norteamericana



Dr. William C. Gorgas (1854-1920). Eminente salubrista norteamericano que puso en práctica en 1901 el método culicidiano, ideado por el doctor Finlay, con lo cual se erradicó de Cuba la fiebre amarilla.

americana, en octubre de 1905, revistió una gran importancia, pues en ella se definió la acción de la Oficina con medidas destinadas a codificar los procedimientos de sanidad internacional particularmente en el control de la fiebre amarilla, algunas de ellas relacionadas con los buques portadores de la enfermedad, porque en muchos lugares, el único factor ausente para completar el ciclo urbano de su transmisión era la llegada de personas infectadas. En general estas medidas a llevar a cabo estaban basadas en las ejecutadas en Cuba, la Zona del Canal de Panamá y México, las que fueron aprobadas en forma recíproca en esta convención y firmadas *ad referendum* en Washington, D.C., el 14 de octubre de 1905, como primer Código Sanitario Panamericano.

Tal importancia tenía para nuestro continente este primer Código que en diciembre de 1907 la Oficina fue autorizada en México, por la III Convención Sanitaria Internacional para establecer relaciones con la entonces recién creada Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París (OIHP) y que de modo expreso le recomendara sería conveniente que los países europeos adoptaran la Convención Sanitaria de Washington de 1905, al tener en cuenta la necesidad de que las colonias de Gran Bretaña, Francia y Países Bajos en el Hemisferio Occidental, observaran las resoluciones de las repúblicas americanas sobre la fiebre amarilla, y con esto dio una muestra de muy justificado celo por la salud de nuestros pueblos.

La Oficina Internacional de Higiene Pública, importante organización sanitaria internacional, aunque se ocupaba principalmente de los problemas sanitarios que afectaban al Viejo Mundo, tuvo entre sus miembros a países de América como: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos de Norteamérica, México, Perú y Uruguay.

La III Convención Sanitaria solicitó además a las instituciones de salubridad que comunicaran en la mayor brevedad la existencia de la fiebre amarilla a los representantes consulares o diplomáticos de las repúblicas representadas en la Convención.

Dada la enorme extensión del continente y como la Oficina Central estaba en Washington, D.C., en esta III Convención se acordó constituir una Oficina Sanitaria Internacional u Oficina de Información con sede en Montevideo, Uruguay, para servir de Centro a las Comisiones de las Repúblicas de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay; a las demás repúblicas les correspondía dirigirse a la Oficina de Washington. Por falta de presupuesto y por otras circunstancias, la Oficina Informativa de Montevideo tuvo vida precaria, pero los propósitos que se tuvieron al fundarla señalaron la necesidad de centros subsidiarios.

La III Conferencia Internacional Americana (Río de Janeiro, 21 de junio al 26 de agosto de 1906) ante la dualidad en el continente de dos convenciones sanitarias vigentes, la de Río de Janeiro de 1904 y la de Washington de 1905, las estudió ambas y concluyó por adherirse al Primer Código Sanitario Panamericano firmado en Washington, D.C., en 1905 y unos años más tarde la IV Conferencia Internacional Americana (Buenos Aires, 21 de julio al 30 de agosto de 1910) recomendó la adopción de este Código a los gobiernos de América que no lo habían hecho todavía.

En el año 1910, se cambió el nombre de Convención Sanitaria que se había usado para designar las reuniones por el de Conferencia. La IV Conferencia Sanitaria Internacional se efectuó en San José, Costa Rica, del 25 de



Primer Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana (1902). En el centro: Dr. Walter Wyman (Presidente). Arriba de izq. a der. Dres. A.H.Doty (Vocal), Juan J. Ulloa (Secretario) y Eduardo Moore (Vocal). Debajo de izq. a der. Dres. Juan Guiteras, Eduardo Liceaga y Rhett Goode (Vocales).

diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910. En ella se insistió en que se emplearan todos los medios disponibles para asegurar el saneamiento efectivo de los puertos para evitar que la fiebre amarilla se extendiera en las Américas y se reflejó a su vez un interés mayor por la salud general.

Las Conferencias Sanitarias empezaron a dejar de tener como principal ocupación la discusión de medidas contra las enfermedades cuarentenables y pasaron a temas como: la vacunación obligatoria contra la viruela; las campañas antipalúdica y antituberculosa; la centralización de la legislación sanitaria nacional; el impulso al estudio de las enfermedades tropicales para darles base científica y mayor auge a la parasitología y a la anatomía patológica, el establecimiento de laboratorios en los puertos, no solo para diagnóstico, sino para hacer investigaciones originales en

medicina tropical y patología general, siguiendo las orientaciones que las autoridades sanitarias juzgaran adecuadas.

La V Conferencia Sanitaria Internacional (Santiago de Chile, 5 al 11 de noviembre de 1911) propuso que los delegados a las Conferencias “siempre que sea posible, sean higienistas preparados [...] y que por lo menos un delegado sea un alto funcionario de salubridad o una persona que haya asistido a la Conferencia anterior”; y por primera vez en el mundo se recomendó que los gobiernos organizaran cursos formales y prácticos en higiene y saneamiento, en forma tal que puedan preparar especialistas en esas ramas, con diplomas especiales si fuera necesario y que estén calificados para llevar a cabo en el futuro el trabajo de salubridad. Esta recomendación va a dar origen a las escuelas nacionales sanitarias en las repúblicas de América. También se expresó por primera vez la conveniencia de lograr mejor comunicación con los países, al dar a conocer “el deseo de la Conferencia de que los Comités o Comisiones de Información Sanitaria Internacional en las Repúblicas aconsejen a sus respectivos gobiernos en relación con las obligaciones impuestas por las Conferencias Sanitarias Internacionales en las cuales sus países hubieren participado o las que les resultasen de ratificaciones especiales”.

La VI Conferencia Sanitaria debió celebrarse en 1913, pero los trastornos políticos que ya sufría Europa, y que un año después desembocarían en

la Primera Guerra Mundial (1914-1918) interrumpieron su realización hasta 1920 en que se llevó a cabo en Montevideo, del 12 al 20 de diciembre, presidida por el doctor Ernesto Fernández Espiro, que era presidente del Centro Informativo de la propia capital uruguaya. De lo más destacado en esta Conferencia se han considerado las resoluciones XXXVI y XXXVII resultantes de una proposición presentada por el doctor Juan Guiteras, en aquellos momentos delegado provisional de Estados Unidos de Norteamérica, para la reorganización de la Oficina y que fueron:

Resolución XXXVI. Recomendar que la Oficina Internacional de Washington estudie un plan para la fundación y sostenimiento de un Boletín Internacional de las Repúblicas Americanas y que este trabajo se incluya en el programa de la VII Conferencia.

Resolución XXXVII. Disponer que la Oficina Sanitaria Internacional de Washington se reorganice de la forma siguiente:

- a) La Oficina se compondrá de siete miembros, uno de los cuales será el Director, otro el Vicedirector, y un tercero Secretario, designados todos por la VI Conferencia y por cada Conferencia en lo sucesivo.
- b) En cada Conferencia se elegirá un Director de Honor, el cual se designará de entre los Jefes de los Departamentos de Higiene o de Salud Pública de las Repúblicas Americanas.
- c) En los intervalos entre una y otra Conferencia, las vacantes de miembros que se produzcan se llenarán de inmediato por mayoría de votos de los miembros restantes.
- d) Las atribuciones de la Oficina Sanitaria Internacional estarán de acuerdo con lo aprobado en la II Conferencia Internacional de los Estados Americanos y en la I Convención Sanitaria Internacional y publicará un Boletín mensual con el nombre de Informes Mensuales de Sanidad Panamericana de la Oficina Sanitaria Internacional.
- e) La expresada publicación se hará en los idiomas inglés y español.
- f) Para el cumplimiento de lo antedicho, se dispondrá de un crédito de veinte mil pesos que se prorrateará entre los Gobiernos adherentes, siguiendo el sistema de prorrateo para el sostenimiento de las oficinas de la Unión Panamericana.
- g) La Oficina Internacional formulará un reglamento para su administración interna,



El Hotel New Willard, en Washington, D.C., donde se celebró la Primera Conferencia Sanitaria de las Repúblicas de América (1902).

el que pondrá en vigor inmediatamente, pero el cual someterá a la ratificación y aprobación de la VII Conferencia Sanitaria Internacional.

Terminada la Primera Guerra Mundial fue redactado en París por una comisión nombrada al efecto el Pacto de la Liga de las Naciones, el cual fue unánimemente aprobado y aceptado por los representantes de las potencias aliadas, en sesión plenaria de la Conferencia de la Paz, el 28 de abril de 1919. Quedaba así fundada la Liga o Sociedad de las Naciones con sus tres principales organismos: la Asamblea, el Consejo y la Secretaría Permanente.

La inclusión en el Pacto de la Liga de las Naciones del Inciso (f) del Artículo XXIII, en virtud del cual los miembros “se esforzarán por adoptar medidas de orden internacional para evitar y combatir las enfermedades” y el Artículo XXIV en el cual se decía que todas las oficinas internacionales establecidas por tratados colectivos quedarán colocadas, contando con el asentamiento de las partes, bajo la autoridad de la Sociedad, determinó que se creara como primer paso la Sección de Higiene de la Secretaría de la Liga de las Naciones y que se iniciaran gestiones encaminadas a llevar a formar parte de la Liga a la Oficina Internacional de Higiene Pública en París.

Esto, sin embargo, no pudo lograrse a pesar de las múltiples proposiciones de la Liga, primero de integrar un organismo único y después de una efectiva colaboración, a lo que contribuyó de manera decisiva el no ingreso de Estados Unidos de Norteamérica en este precursor de la Organización de Naciones Unidas y la opinión de su gobierno de “que no podía aceptar que una organización internacional cualquiera de la que fuera miembro se incorporara a la Liga de las Naciones”. Debido a esto el Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública reunido en abril de 1921 rechazó de plano la proposición del secretario general de la Liga de las Naciones en la cual se pedía la creación de un comité técnico, con carácter temporal, que se encargara de iniciar los pasos pertinentes, para la creación de un organismo internacional.

Los países de América adoptaron distintas posiciones ante este conflicto. Las veintiuna repúblicas formaban parte de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1923, no así Canadá. A la Oficina Internacional de Higiene Pública en París pertenecían ese año: Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos de Norteamérica, México, Perú y Uruguay. Y a la Liga de las Naciones y su Sección de Higiene: Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Haití, Honduras, Panamá, Paraguay, El Salvador, Uruguay y Venezuela y no acreditaron en ese año delegaciones: Argentina, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú. Pero en 1937 pertenecían 18 países de América y solo estaban ausentes Brasil, Costa Rica y Panamá, con Estados Unidos de Norteamérica.

Nada pudo hacer variar la posición intransigente de la institución fundada en 1907 y esta decisión dio por resultado que existieran simultáneamente durante treinta años dos organizaciones internacionales de salud pública independientes entre sí: una en París, la Oficina Internacional de Higiene Pública y otra en Ginebra, la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones.

En 1923 se iniciaron los viajes del notable salubrista doctor John D. Long, Cirujano General adjunto del Servicio de Sanidad de los Estados

Unidos de Norteamérica y comisionado en la Oficina Sanitaria Panamericana, quien estableció en seis repúblicas americanas contacto con sus autoridades sanitarias, realizó una exploración general de sus condiciones y preparó un plan para aumentar la utilidad de la Oficina para las diversas naciones. Tan provechosas fueron estas actividades que dieron paso a que en 1929 se crearan oficialmente los cargos de Representantes Viajeros y recayeron los primeros nombramientos en el propio doctor Long y en el doctor Alfredo Sordelli de Argentina.

En la V Conferencia Internacional de los Estados Americanos (Santiago de Chile, 25 de marzo al 13 de mayo de 1923) se decidió que la Oficina Sanitaria Internacional fuera encargada de la preparación de un proyecto de Código de Ley Marítima Internacional, que vendría a ser la reforma, en esencia, del aprobado en la Convención Sanitaria Internacional de Washington de 1905 y que el proyecto fuera estudiado y adoptado en forma de Tratado por la VII Conferencia Sanitaria Internacional que se efectuaría en La Habana, en fecha fijada durante el año 1923. Igualmente resolvió la V Conferencia de los Estados Americanos que: “La Oficina Sanitaria Internacional sea conocida y designada como Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y que las Conferencias Sanitarias Internacionales (que habían adoptado este nombre en 1910) en adelante sean conocidas y designadas como Conferencias Sanitarias Panamericanas”.

La VII Conferencia Sanitaria Panamericana, encargada del estudio y la aprobación del Código Sanitario Panamericano, se reunió en La Habana del 5 al 15 de noviembre de 1924, con delegados de 18 repúblicas. También estuvieron representadas la Oficina Sanitaria Panamericana y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones.

El estudio del documento fue encargado a la Comisión del Código Sanitario Marítimo de la Conferencia, la que estudió el proyecto de Código de Ley Marítima Internacional, posteriormente aprobado en forma de Tratado o Código Sanitario Panamericano por la Conferencia y adoptado *ad referendum* y firmado en la ciudad de La Habana por los delegados de los 18 países presentes en la Conferencia el día 14 de noviembre de 1924, en dos ejemplares originales, en inglés y español respectivamente, los cuales se colocaron en la Secretaría de Estado de la República de Cuba (actual Ministerio de Relaciones Exteriores) para que pudieran sacarse copias certificadas de él, tanto en inglés como en español, para ser remitidas por la vía diplomática a cada uno de los gobiernos signatarios.



Edificio de la Unión Panamericana, Washington, D.C., en cuyo segundo piso estuvo durante décadas el único local de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los objetivos del Código Sanitario Panamericano son los siguientes:

- a) Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.
- b) Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.
- c) Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.
- d) Estimular el intercambio de informes que pueden ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
- e) Informar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra aquellos y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional.

Depositado oficialmente en el Gobierno de Cuba el 13 de abril de 1925, entre las primeras ratificaciones se recibieron la del Senado de Cuba y la del Senado de Estados Unidos de Norteamérica. En la I Conferencia de Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas desarrollada en Washington, D.C., del 28 al 30 de septiembre de 1926, se estudió la interpretación de varios artículos del Código y en la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Lima, del 12 al 30 de octubre de 1927, se aprobó *ad referendum* un Protocolo Adicional al Código.

El 30 de junio de 1936 el director de la Oficina Sanitaria Panamericana, doctor Hugh S. Cumming (1869-1947), anunció que el tratado internacional que es el Código Sanitario Panamericano había sido ya ratificado por todas las repúblicas de América. En 1952 se le agregaba en La Habana un nuevo protocolo anexo y con estas últimas enmiendas se ha mantenido hasta el presente.

A partir de 1926 la Oficina tuvo una nueva actividad periódica, la preparación de Conferencias de Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas a celebrarse en los intervalos de las Conferencias Sanitarias y como ya se dejó expuesto, la primera se convocó para los días finales de septiembre del propio año. La resolución para estas reuniones fue tomada por la V Conferencia de Estados Americanos en 1923, la Oficina preparó el programa e hizo los arreglos para los trabajos de los jefes de salubridad, cuya reunión se caracterizó por la gran amplitud de temas tratados, resoluciones aprobadas y por la preparación tentativa del programa para la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, la cual se llevó a cabo en Lima, del 12 al 20 de octubre de 1927.

Por resolución aprobada en esta VIII Conferencia se celebró en Washington, D.C., la primera asamblea del cuerpo llamado Consejo de Directores de la Oficina o Reunión de Funcionarios y Miembros de la Oficina, como se designó en el texto del Informe Anual de 1928 a 1929, en la cual se preparó y aprobó un proyecto de "Constitución y Estatutos con disposiciones reglamentarias para la administración interna de la Oficina Sanitaria Panamericana". Copia del Acta Final con el texto de las disposiciones fueron enviadas por el Director de la Oficina al Director General de la Unión

Dr. Juan Guiteras Gener (1852-1925). Ilustre sanitarista cubano. Entre otros importantes cargos, fue vocal del Consejo Directivo de la OPS de 1902 a 1921.



Panamericana, a los Jefes de Misiones Diplomáticas en Washington de los gobiernos interesados y a los jefes directores de los servicios de salud pública de las Repúblicas Americanas.

El Consejo de Directores o Reunión de Funcionarios y Miembros de la Oficina adoptó ocho resoluciones, de las que las principales fueron: la quinta, que recomendó alentar los estudios de nutrición por los gobiernos y la divulgación de información en la materia; la sexta que el Boletín continuara publicando hechos y descubrimientos relacionados con el cáncer; la séptima, que llamó la atención sobre la existencia de peste bubónica, por lo menos en seis países de América y urgió la ratificación del Código Sanitario Panamericano por los países que no lo hubieren hecho y la octava, en que se congratuló al Gobierno de Brasil por sus trabajos desarrollados para exterminar la fiebre amarilla y llamar la atención hacia la necesidad de continuar la campaña contra esta enfermedad en el Continente hasta que fuera completamente exterminada.

En la VIII Conferencia Sanitaria también se aprobó una resolución por la cual la Oficina Sanitaria Panamericana pasó a ser el órgano regional de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París, para todo lo referente a la compilación y difusión de informes sobre enfermedades contagiosas.

En 1934 en la IX Conferencia Sanitaria Panamericana (Buenos Aires, 12 al 22 de noviembre) se aprobó la Constitución y el Reglamento de la Organización Sanitaria Panamericana y en 1938 durante la X Conferencia (Bogotá, 4 al 14 de septiembre) se dieron los pasos indicados para promover la creación, en los países miembros, de escuelas de salubridad pública que ofrecieran las posibilidades necesarias para el estudio de la enfermería e ingeniería sanitaria y se recomendaba asimismo la organización de oficinas de estadística demográfica en los departamentos de salubridad pública de los países de América.

Un gran paso de avance en la cooperación internacional en el continente americano lo va a constituir la aplicación del principio de zonificación sanitaria, hecho este que se recoge en el Informe de 1939-1940, con la creación provisional de la Zona Sanitaria del Caribe, con sede en Panamá, a la que se le asignó un representante viajero, un ingeniero sanitario y se planeó agregar una enfermera y otro personal. El propósito era distribuir

geográficamente los servicios y el personal para aumentar la eficiencia y acelerar la comunicación con las repúblicas.

Unos años más tarde la Organización Sanitaria Panamericana disponía de seis Zonas, con el orden cronológico de creaciones siguiente:

- Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica (Oficina general para Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Alaska y posesiones territoriales sin gobierno propio, con la excepción de Honduras Británicas).
- Lima, Perú, octubre de 1942 (Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela).
- Ciudad de Guatemala, Guatemala, junio de 1943 (Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá y Honduras Británicas).
- Río de Janeiro, Brasil, noviembre de 1951 (Brasil).
- Buenos Aires, Argentina, noviembre de 1951 (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay).
- México, D.F., México, agosto de 1952 (México, Cuba, Haití y República Dominicana).

A finales la década de los años de 1950 las Oficinas de Zona eran como sigue:

- Sede (Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica), se encargaba de Estados Unidos de Norteamérica, ya con sus últimos estados, Alaska y Hawái, así como de Canadá.
- Oficina de la Zona I (Caracas, Venezuela), al servicio de Venezuela, Puerto Rico, Islas Vírgenes de Estados Unidos de Norteamérica, departamentos de Francia en las Américas, Suriname, Antillas Neerlandesas y territorios del Reino Unido en las Américas, excepto Belice (antigua Honduras Británicas).
- Oficina de la Zona II (México, D.F., México), que atendía a México, Cuba, Haití, y República Dominicana.
- Oficina de la Zona III (Ciudad de Guatemala, Guatemala), que prestaba servicios a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
- Oficina de la Zona IV (Lima, Perú), que abarcaba Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.
- Oficina de la Zona V (Río de Janeiro, Brasil), que comprendía solo a Brasil.
- Oficina de la Zona VI (Buenos Aires, Argentina), que prestaba servicios a la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

En plena Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se va a celebrar la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (Río de Janeiro, 7 al 18 de septiembre de 1942) y estuvieron presentes delegados de las veintiuna repúblicas de América y observadores de Canadá, la Oficina Internacional del Trabajo y la Fundación Rockefeller.

Esta Conferencia tomó algunas resoluciones de carácter general que en su enunciado dejaban ver las condiciones bélicas del mundo en la época. La primera resolución se refería al mantenimiento e intercambio de recursos para la conservación de la salud y la seguridad continental; se recomendó hacer el inventario de los recursos sanitarios y las necesidades de cada país y establecer cooperación integral entre los servicios de salud militares y

civiles. Las recomendaciones se refirieron a ingeniería sanitaria, nutrición, habitación, saneamiento en la carretera panamericana, bioestadística, tifus, enfermedad de Chagas, influenza, tuberculosis, lepra, diarrea y enteritis.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 11 al 24 de enero de 1947) ha pasado a la historia como una de las más importantes llevadas a cabo, pues en ella se aprobó un plan de reorganización por el cual quedaba establecida la Organización Sanitaria Panamericana, con cuatro organismos denominados:

1. La Conferencia Sanitaria Panamericana.
2. El Consejo Directivo.
3. El Comité Ejecutivo.
4. La Oficina Sanitaria Panamericana.

1. *La Conferencia Sanitaria Panamericana*, autoridad suprema en el gobierno de la Organización Sanitaria Panamericana, está integrada por representantes de todos los países miembros y se reúne cada cuatro años. La Conferencia determina las normas generales de la Organización, sirve de foro sobre cuestiones de salud pública y elige al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. *El Consejo Directivo*, integrado por un representante de cada gobierno, actúa en nombre de la Conferencia en los años en que esta no se reúne. Examina y aprueba el programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, y sus reuniones incluyen discusiones técnicas sobre problemas sanitarios de importancia para las Américas.
3. *El Comité Ejecutivo*, compuesto por representantes de siete gobiernos miembros (en la actualidad son nueve) elegidos por la Conferencia o el Consejo por períodos escalonados de tres años. Se reúne dos veces al año para examinar cuestiones técnicas y administrativas, inclusive el programa y presupuesto, y presenta sus recomendaciones a la Conferencia o al Consejo. Además, el Comité desempeña cualesquiera otras funciones que le encomienden la Conferencia y el Consejo.
4. *La Oficina Sanitaria Panamericana*, órgano ejecutivo de la Organización, tiene un director que nombra al personal para ejecutar los programas de la Oficina y aplicar las normas que emanan de los Cuerpos Directivos. En la actualidad 62 % del personal de la Organización presta servicios en oficinas, centros y proyectos localizados en los países fuera de la Sede; el resto presta apoyo técnico y administrativo desde la oficina principal de la Organización, en Washington, D.C.

En la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre al 3 de octubre de 1958) se sustituyó la denominación de Organización Sanitaria Panamericana (OSP) por la de Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la que se mantiene en la actualidad.

El viejo sueño de una organización internacional de salud única se verá al fin hecho realidad con la terminación de la Segunda Guerra Mundial.

Los representantes de cincuenta naciones reunidos en la Conferencia de San Francisco, California, del 25 de abril al 26 de junio de 1945, redactaron la Carta de las Naciones Unidas. Esta se firmó el 26 de junio de ese año y las Naciones Unidas quedaron constituidas oficialmente el 24 de octubre



Sede de la OPS en Ave. Connecticut No.2001, Washington, D.C., de 1947 a 1951.

siguiente, al ser refrendada la Carta por las cinco grandes potencias y por una mayoría de los demás firmantes.

A punto de partida de un memorándum presentado por la delegación de Brasil, en la Carta se menciona la salud como una de las esferas de competencia de las Naciones Unidas y posteriormente, las delegaciones de Brasil y China, en declaración conjunta, solicitaron la pronta convocatoria a una conferencia general encargada de establecer una organización sanitaria internacional.

La Conferencia de San Francisco, aprobó por unanimidad la declaración conjunta presentada por las dos delegaciones, lo cual fue ratificado por la Primera Asamblea General de las Naciones Unidas (enero de 1946) y comienza a partir de entonces el proceso de integración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que culminó el 7 de abril de 1948, al entrar en vigor su Constitución y pasar a ser uno de los organismos especializados establecidos en virtud de la Carta de las Naciones Unidas. Quedaban asumidas por ella todas las funciones de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París (OIHP) y la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones. Entre los países fundadores se encontraban las veintiuna repúblicas de América y Canadá.

El 24 de mayo de 1949 el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), doctor Brock Chisholm (1896-1971) y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, doctor Fred L. Soper, firmaron el acuerdo que reconoció a la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) como entidad independiente y como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Apenas un año después, por acuerdo firmado el 23 de marzo de 1950 con la Organización de Estados Americanos (OEA), la OSP fue reconocida como Organismo Especializado Interamericano.

En el presente la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales están estructuradas de la manera siguiente:

- Sede, con Oficina Central en Ginebra, Suiza.
 - Oficina de Enlace con Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
 - Oficina Regional para las Américas (AMRO), con sede en Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica.
- Comprende 35 Estados Miembros, 1 Miembro Asociado, 3 Gobiernos Participantes en representación de 13 territorios que no asumen la res-

- ponsabilidad de dirigir sus propias relaciones internacionales y 28 oficinas en los países.
- Oficina Regional para Europa (EURO), con sede en Copenhague, Dinamarca.
Comprende 51 Estados Miembros y 42 oficinas en los países.
- Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO), con sede en Alejandría, Egipto.
Comprende 23 Estados Miembros (se incluye la Autoridad Palestina de la Salud) y 16 oficinas en los países.
- Oficina Regional para África (AFRO), con sede en Brazzaville, República del Congo.
Comprende 46 Estados Miembros y 46 oficinas en los países.
- Oficina Regional para Asia Sudoriental (SEARO), con sede en Nueva Delhi, India.
Comprende 10 Estados Miembros y 10 oficinas en los países.
- Oficina Regional para el Pacífico Occidental (WPRO), con sede en Manila, Filipinas.
Comprende 27 Estados Miembros, 1 Miembro Asociado, 9 territorios y zonas que no asumen la responsabilidad de dirigir sus propias relaciones internacionales y 15 oficinas en los países.

En la medida que van accediendo a su independencia los países de América, ingresan como gobiernos miembros en la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Jamaica en 1962, Trinidad y Tobago en 1963, Barbados y Guyana en 1967, Canadá en 1971, Bahamas en 1974, Suriname en 1976, Granada en 1977, Santa Lucía en 1980, Dominica y San Vicente y las Granadinas en 1981, Antigua y Barbuda y Belice en 1982 y el último, San Cristóbal y Nevis, lo hace en 1984.

Aunque ya venía ocurriendo desde mucho antes, en 1984 se inició un plan para descentralizar la administración de la OPS: las Oficinas de Áreas o Zonas dejaron de funcionar como tales y fueron reemplazadas por Oficinas de Países, en las cuales se delegó cada vez más autoridad.



Sede de la OPS en Ave. New Hampshire No.1501, Washington, D.C., de 1951 a 1965.



Actual Sede de la OPS en esquina de la Ave. Virginia y la Calle 23, Washington, D.C., desde 1965.



Palacio Venecia, Roma, lugar donde se firmó el Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana.

En la actualidad todos los Gobiernos del Hemisferio Occidental son miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

Según dispone el Artículo 2do. de la Constitución de la OPS, “todas las naciones del Hemisferio Occidental con gobierno propio tienen derecho a ser miembros de la Organización Panamericana de la Salud”.

Según dispone el párrafo B del mismo artículo, “los territorios o grupos de territorios dentro del Hemisferio Occidental que no tengan relaciones internacionales propias, tendrán derecho a ser representados y a participar en la Organización”.

La participación de esos territorios en la Organización Panamericana de la Salud, en su función de organismo regional de la Organización Mundial de la Salud para el continente americano, se rige por las normas establecidas por el Consejo Directivo de la OPS en su V Reunión (Washington, D.C., 24 de septiembre al 3 de octubre de 1951). Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte participan en la Organización y contribuyen a su presupuesto en nombre de sus territorios en la región de las Américas.

Los Gobiernos Miembros son los treinta y cinco países independientes de América, miembros plenos de la Asamblea General de las Naciones Unidas: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica (que representa también al territorio organizado y no incorporado de Islas Vírgenes de Estados Unidos de

Norteamérica), Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Un Miembro Asociado: Puerto Rico.

Los Gobiernos Participantes son:

- Francia, en representación de sus departamentos de ultramar: Guadalupe, Martinica y Guayana Francesa.
- Reino de los Países Bajos, en representación de sus territorios autónomos: Antillas Neerlandesas y Aruba.
- Y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en representación de sus dependencias y colonias: Anguila, Bermudas, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Monserrat, Turcas y Caicos, Islas Georgia del Sur y Sandwich del Sur e Islas Malvinas o Falkland.

Las Oficinas de Países de la OPS, con las ciudades en que están situadas son:

- Oficina Sede, Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica..
- Argentina, Buenos Aires.
- Bahamas, Nassau.
- Barbados, Bridgetown.
- Belice, Belmopan.
- Bolivia, La Paz.
- Brasil, Brasilia, D.F.
- Chile, Santiago.
- Colombia, Santa Fe de Bogotá, D.C.
- Costa Rica, San José.
- Cuba, La Habana.
- Ecuador, Quito.
- El Salvador, San Salvador.
- Guatemala, Ciudad de Guatemala.
- Guyana, Georgetown.
- Haití, Port-au-Prince.
- Honduras, Tegucigalpa.
- Jamaica, Kingston.
- México, México, D.F.
- Nicaragua, Managua.
- Panamá, Panamá.
- Paraguay, Asunción.
- Perú, Lima.
- República Dominicana, Santo Domingo.
- Suriname, Paramaribo.
- Trinidad y Tobago, Port-of-Spain.
- Uruguay, Montevideo.
- Venezuela, Caracas.
- Frontera Mexicana-Estadounidense, El Paso, Texas, Estados Unidos de Norteamérica.

La Organización Panamericana de la Salud, por último, cuenta con los siguientes centros de investigación y capacitación:

- Biblioteca Regional de Medicina y Ciencia de la Salud, Sao Paulo, Brasil (BIREME).
- Centro de Epidemiología del Caribe, Port-of-Spain, Trinidad y Tobago (CAREC).
- Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, Kingston, Jamaica (CFNI).
- Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, Toluca, México (ECO).
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, Uruguay (CLAP).
- Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, Lima, Perú (CEPIS).
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, Río de Janeiro, Brasil (PANAFTOSA).
- Centro Panamericano de Zoonosis, Buenos Aires, Argentina (CEPANZO), hoy Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Ciudad de Guatemala, Guatemala (INCAP).
- *Pan American Health and Education Foundation*. Sede OPS, Washington, D.C.(PAHEF).
- *Regional Program on Bioethics*. Providencia, Santiago de Chile (BIOETICA).



Países miembros de la Organización Panamericana de la Salud en el presente (2002).

III

CUBA EN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

A

lcanzada por Cuba su independencia formal el 20 de mayo de 1902, aunque limitada por una enmienda extranjera a su Constitución, al celebrarse en diciembre de ese mismo año la I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América, como se dejó expuesto en el capítulo anterior, se pudo ya enviar a esta una delegación integrada por las dos figuras más importante de la medicina y la salubridad cubanas de todos los tiempos, los doctores Carlos J. Finlay Barrés y Juan Guiteras Gener.

El doctor Finlay ocupaba en aquellos momentos los dos más importantes cargos de la salud pública del país, Jefe Nacional de Sanidad y Jefe del Departamento de Sanidad Municipal de La Habana, que comprendía además los municipios de Marianao, Guanabacoa y Santiago de las Vegas, o sea, un área territorial semejante a la de la actual provincia Ciudad de La Habana y el doctor Guiteras desempeñaba la presidencia de la Comisión de Enfermedades Infecciosas, la dirección del Hospital de Enfermedades Infecciosas “Las Ánimas” de La Habana y el cargo de Profesor Titular de Patología General y de Patología de las Afecciones Intertropicales de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana. Fueron por tanto estos dos ilustres científicos cubanos de los fundadores de las Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas de América, años más tarde las actuales Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Pero el doctor Guiteras no solo va a ser uno de los iniciadores de la Organización Panamericana de la Salud, sino también de sus dirigentes más importantes, durante sus dos primeras décadas de existencia. En esta I Convención fue electo vocal de su Consejo Directivo, junto a otras seis grandes figuras de la salubridad continental. En la II Convención (1905) fue de los que discutieron y aprobaron el Primer Código Sanitario Panamericano



En la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en La Habana en 1924, se redactó el Código Sanitario Panamericano.

y reelecto vocal del Consejo Directivo de la Oficina. En la III (1907) ocupó una de las vicepresidencias de la Convención, la presidencia de la Comisión de Fiebre Amarilla, el cargo de vocal del Comité de tracoma, beri-beri y meningitis cerebro-espinal y reelecto como vocal del Consejo Directivo, en esta y sucesivas convenciones, hasta el 20 de mayo de 1921 en que fue nombrado Secretario de Sanidad y Beneficencia de la República de Cuba, el más alto cargo entonces de la salud pública cubana, con el cual coronó su brillante carrera de sanitarista.

Otras personalidades médicas cubanas brillaron también en las primeras décadas de la Oficina Sanitaria Internacional. El doctor Hugo Roberts Fernández-Prendergast (1868-1948), General de Brigada del Ejército Libertador de Cuba, hombre de confianza en la guerra de independencia contra España del Generalísimo Máximo Gómez Báez (1836-1905) y del Lugarteniente General Antonio Maceo Grajales (1845-1896), fue la más alta autoridad cubana en sanidad marítima y fundador del Servicio de Cuarentena de la República de Cuba en 1902. El doctor Hugo Roberts ocupó los cargos de vocal del Comité de tracoma, beri-beri y meningitis cerebro-espinal de la III Convención Sanitaria; vicepresidente de las IV, V y VI Conferencias Sanitarias; miembro de la Comisión de malaria y fiebre amarilla de las IV y V; electo vocal del Consejo Directivo de la Oficina en la V y en la VII fue de los más activos miembros de la Comisión que estudió y recomendó el Código Sanitario Panamericano de 1924.

El doctor Mario García-Lebrede Arango (1866-1931), después del doctor Guiteras, el más importante funcionario cubano en la Oficina Sanitaria Panamericana, director del Hospital de Enfermedades Infecciosas “Las Ánimas” de La Habana y Director Nacional de Sanidad de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, fue vicepresidente y miembro de la Comisión de tuberculosis, fiebre amarilla, malaria, tracoma y anquilostomiasis de la VI Conferencia Sanitaria y presidente de la VII, Director de Honor de la Oficina Sanitaria y su vicedirector efectivo desde 1927 hasta su lamentable fallecimiento ocurrido en La Habana el 5 de julio de 1931.

El doctor Arístides Agramonte Simoni (1868-1931), eminente tropicalista de prestigio internacional, propuesto para el Premio Nobel de Fisiología y Medicina junto al doctor Finlay (en 1903 y de 1912 a 1915), miembro de la IV Comisión del Ejército de los Estados Unidos de

Norteamérica para el Estudio de la Fiebre Amarilla, presidente de la Comisión de Enfermedades Infecciosas de Cuba, Secretario de Sanidad y Beneficencia y Profesor Titular de Bacteriología y Patología Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana. Representó a Honduras en la VII Conferencia Sanitaria, en la que presidió la Comisión de Enfermedades Endémicas y Epidémicas y formó parte muy activa de la Comisión del Código Sanitario Marítimo Panamericano y en la Oficina fue miembro de las comisiones internacionales informadoras.

El doctor Francisco María Fernández Hernández (1886-1937), Secretario de Sanidad y Beneficencia, Secretario de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana y Profesor Auxiliar de Enfermedades de los Ojos con su Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, fue Secretario General de la VII Conferencia Sanitaria y Secretario de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Otros sanitaristas cubanos destacados que representaron a Cuba y a numerosos países en las Convenciones y Conferencias Sanitarias en las cuatro primeras décadas de su existencia lo fueron los doctores Enrique B. Barnet y Roque de Escobar (1855-1916), colaborador del doctor Finlay en la Jefatura Nacional de Sanidad y autor principal del *Manual de Práctica Sanitaria*, La Habana, 1905, obra considerada como la mayor expresión teórica de la Escuela Cubana de Higienistas de principios del siglo xx y uno de los redactores de *Ordenanzas Sanitarias, para el régimen de los municipios de la República*, La Habana, 1906, primer código sanitario cubano.

José A. López del Valle Valdés (1875-1937), por largo tiempo Jefe del Departamento de Sanidad de La Habana, Director Nacional de Sanidad y Profesor Titular de Higiene y Legislación Sanitaria; Diego Tamayo Figueredo (1852-1925), discípulo de Louis Pasteur (1822-1895) en su laboratorio de París, iniciador de la bacteriología en Cuba, Decano de la Facultad de Medicina, Rector de la Universidad de La Habana y Presidente de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana; José Varela Zequeira (1887-1939), anatomista y hombre de letras de reconocido prestigio, académico y catedrático universitario; Domingo F. Ramos Delgado (1884-1961), Ministro de Salubridad y Asistencia Social, uno de los iniciadores en Cuba de la eugenesia y la puericultura, representó a Cuba durante las décadas de los años de 1920 y 1930 en la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, académico y catedrático de Patología General; Fernando Rensoli Machado, Director Nacional de Sanidad y de Beneficencia por muchos años, y otros.



Delegados a la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana que redactaron el Código Sanitario Panamericano

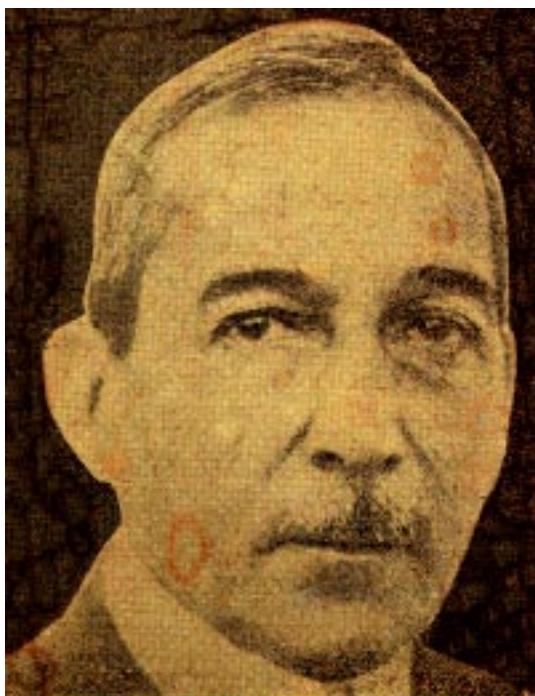
Cuando se llevó a cabo el plan de reorganización por el cual quedó establecida la Organización Sanitaria Panamericana (OSP), aprobado en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947), el doctor Victor Santamarina Salanueva (1908-?), destacado pediatra e internista cubano, impulsor de la hidrología y la climatología médicas en el país y Director General de Asistencia Social del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, luchó denodadamente para que se incorporaran a la Organización no solo cambios estructurales sino también que se ampliaran sus horizontes de acción para abarcar los aspectos médico sanitarios de la prevención, la asistencia y la previsión social.

Con esta finalidad el doctor Santamarina presentó una moción referente al asunto, que fue tomada en consideración, al Consejo Directivo de la Oficina reunido en La Habana en octubre de 1946 y otra moción en la XII Conferencia, que se aprobó e incorporó a la reorganización. Esta última moción fue publicada en un folleto por su autor, con el título *La Reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana*, La Habana, 1947.

Formaron parte también de la delegación cubana a esta trascendental Conferencia, entre otros, el doctor Arturo Curbelo Hernández (1901-1973), la más alta personalidad de la bacteriología cubana, profesor de esta rama de las ciencias en La Universidad de La Habana durante cuatro décadas y autor de una importante obra científica que comprende 11 libros y 260 artículos con resultados de sus investigaciones, y el doctor Pedro Nogueiras Rivero (1908-1996), sanitarista notable, Director General de Salubridad del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social y director fundador de la histórica Unidad Sanitaria de Marianao.

En los últimos cuarenta y tres años la participación de Cuba en las actividades de la Organización Panamericana de la Salud no solo se ha mantenido a la altura de su tradición histórica, sino que en cuanto al número de asesores cubanos enviados por la OPS/OMS a diferentes países se ha multiplicado.

Figura importante en esta etapa lo es el doctor Roberto Pereda Chávez (1928-1977), Director de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública de 1966 a 1977. En las Asambleas de la Organización Mundial de la Salud dejó escuchar su voz como delegado en las XIX (1966) y XX (1967) y



Dr. Mario García-Lebreto Arango (1866-1931). Ilustre sanitarista cubano. Presidente de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana y Director de Honor de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. Hugo Roberts Fernández (1868-1948). Autoridad cubana en sanidad marítima. Fue vicepresidente de las IV, V y VI Conferencias Sanitarias Panamericanas.



como presidente de la delegación en la XXI (1968), XXII (1969), en la que presentó el tema “Informe sobre la salud pública en Cuba” y XXVI (1973), en que fue elegido para el importante cargo de vicepresidente de la Comisión A, una de las dos grandes comisiones en que se divide el pleno de la Asamblea Mundial para el tratamiento de las cuestiones fundamentales técnicas y económicas y presentó su “Informe sobre la situación de la salud pública en Cuba”.

El doctor Pereda Chávez estuvo también presente en cuatro Conferencias Sanitarias Panamericanas, la XVI (Minneapolis, 1965), XVII (1966), XVIII (1970) y XIX (1974), estas tres últimas en Washington. En las reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud participó en las XVII (Trinidad y Tobago, 1967), XVIII (Buenos Aires, 1968), XX (Washington, 1971), XXI (Santiago de Chile, 1972) y XXII (Washington, 1973). En la XXIII celebrada en Washington en 1975 fue elegido Presidente del Consejo Directivo y nuevamente representó a Cuba en la XIV (México D.F., 1976). De 1973 a 1976 asistió a cinco reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS, en una de las cuales, la 73ª celebrada en Washington en octubre de 1974, alcanzó la culminación de su carrera como salubrista al ser elegido unánimemente presidente de este comité.

Sin lugar a dudas, los cargos desempeñados por el doctor Pereda Chávez de vicepresidente de la Comisión A de la Asamblea de la OMS y presidente del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo de la OPS, son de los más altos ocupados por un cubano en la esfera sanitaria internacional y sus informes, ponencias e intervenciones recogidas en las actas de estas instituciones, constituyen parte muy importante de la palabra de Cuba en los foros sanitarios mundiales.

El doctor Jorge Aldereguía Valdés-Brito (1926-1988), sanitarista de larga experiencia, que ocupó cargos de la importancia de viceministro de Higiene y Epidemiología, viceministro a cargo del Desarrollo para la Salud y director del Instituto de Desarrollo de la Salud, formó parte de la delegación de Cuba en la XVIII (1965), XX (1967), XXV (1972), XXVII (1974), XXVIII (1975), XXX (1977), XXXII (1979), XXXIII (1980) y XXXIV (1981) Asambleas de la OMS, presidió la delegación en la XXVII y en la XXXIII presidió las Discusiones Técnicas. Asistió a las reuniones del Consejo de Dirección de la OPS, en Washington en 1961, 1969, 1970, 1973, 1977, 1979, 1980 y 1981 y en Grana-



Dr. Arístides Agramonte Simoni (1868-1931). Eminente bacteriólogo cubano. Fue propuesto con el doctor Finlay como candidato al Premio Nobel de Medicina. Ocupó cargos en la OPS.

da en 1978. Muy comprometida su salud, en 1983 participó en la Reunión de la OPS sobre la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp) y Administración Sanitaria de Emergencia en casos de desastres naturales, en Washington y a la Conferencia Internacional de Población, en México D.F.

El doctor Mario Escalona Reguera (1928-1984), internista y sanitarista de sólida formación, profesor de las Facultades de Medicina de las Universidades de La Habana y Santiago de Cuba y del Instituto de Desarrollo de la Salud, subsecretario de Asistencia Médica y viceministro primero

encargado de la Asistencia Médica, representó a Cuba en las reuniones del Comité Ejecutivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, celebrada en La Habana en 1960 y Buenos Aires en 1968 y presidió la delegación cubana a las Conferencias de la Organización Mundial de la Salud en la India, 1961; Suiza 1963 y Suiza nuevamente en 1971.

Malariólogo de sólido prestigio, Premio Internacional Arnoldo Gavalcón, el doctor Arnaldo Tejeiro Fernández (1923-1998), sobre el que recayera en gran parte la dirección de la campaña nacional antipalúdica, con la que se erradicó en el país tan secular enfermedad, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Cuba y profesor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, formó parte de la delegación de Cuba en numerosas Asambleas de la OMS y Conferencias Sanitarias Panamericanas.

No son pocos los sanitaristas cubanos que en los últimos cuarenta años han sido contratados como asesores o consultores por la OPS/OMS en diferentes países del continente de los que se citarán al doctor Ramón Martínez Rodríguez (1923-1998), también malariólogo de prestigio reconocido, junto al doctor Tejeiro, uno de los directores de la campaña nacional antipalúdica y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, por muchos años asesor en México; doctor José R. Jordán Rodríguez (1920) profesor de mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y presidente del Consejo Nacional de Sociedades de la Salud, integrante del Panel de Expertos en Prevención de accidentes de la OMS y consultor en Crecimiento y Desarrollo de la OPS en Washington, a quien se acaba de declarar (2002) Héroe de la Salud Pública de las Américas por la OPS; doctor Francisco Rojas Ochoa (1930), responsable del Departamento Nacional de

Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, director del Instituto de Desarrollo de la Salud y vicerrector de investigaciones del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, asesor en Nicaragua; doctor Miguel A. Galindo Sardiñas (1932), epidemiólogo a cargo del Programa Nacional de Inmunización y profesor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, asesor temporero en los Estados Unidos de Norteamérica a quien se le otorgó el Premio de Inmunización 1999; y el doctor Roberto E. Capote Mir (1934), especialista en organización y administración de servicios de salud, investigador y profesor del Instituto de Desarrollo de la Salud y la Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, por un quinquenio consultor en Nicaragua y después promovido, por oposición, en Washington a Consultor Regional para las Américas en la División de Organización de los Servicios de Salud.

En la actualidad prestan sus servicios como consultores por OPS / OMS en las Oficinas de Campo los sanitaristas cubanos siguientes:

Nombres y Apellidos

País

• Dr. José Antonio Pagés Piñeiro	Bolivia
• Dr. Reynaldo Gil Suárez	Brasil
• Dr. Ramón Granados Toraño	Colombia
• Dr. Julio Suárez Jiménez	Ecuador
• Dr. Rodolfo Rodríguez Cruz	Washington,D.C., EE.UU.
• Dr. Ramón Martínez Piedra	Washington.D.C., EE.UU.
• Dr. Manuel Peña Escobar	Jamaica
• Dr. Joaquín Molina Leza	México
• Dr. Diego González Machín	CEPIS-Lima,Perú
• Dra. Celia Riera Betancourt	República Dominicana
• Dr. Porfirio Nordet Cardona	Ginebra, Suiza
• Dr. Enrique Ecurra Ferrer	Ginebra, Suiza
• Dra. Nieves Andino Teijeiro	Trinidad-Tobago
• Dr. Mario Valcárcel Novo	Venezuela

IV

REPRESENTANTES VIAJEROS Y ZONA II DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, MÉXICO, D.F.: COLABORACIÓN EN CUBA

Desde que inició sus actividades el primer representante o comisionado viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, doctor John D. Long, Cirujano General adjunto del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos de Norteamérica, estableció contacto a mediados de 1923 con las autoridades sanitarias de las repúblicas de Chile, Bolivia, Perú, Ecuador, Panamá y Cuba. En esta última fue recibido por el entonces Secretario de Sanidad y Beneficencia, doctor Enrique M. Porto del Castillo, quien autorizó a realizar, en colaboración con especialistas cubanos, una exploración general de las condiciones sanitarias del país con el objetivo de preparar un plan para aumentar la utilidad del trabajo de la Oficina en la nación, además de conocer el estado de las enfermedades transmisibles con vistas a la próxima Conferencia de las Autoridades Cuarentenables de la Costa Occidental de América del Sur, que se celebraría en Panamá en febrero de 1924 y en la que Cuba participó con delegados de Chile, Ecuador, Perú, Panamá y de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Otra ventaja obtenida en esta y posteriores visitas del doctor Long, como representante viajero de la Oficina en la época, lo fue su asesoría en la preparación de la importante VII Conferencia Sanitaria Panamericana, que se reunió en La Habana del 5 al 15 de noviembre de 1924 y en la redacción del



Dr. John D. Long. Eminente salubrista norteamericano. Una de las grandes figuras de la OPS en toda su historia.

Código Sanitario Panamericano adaptado *ad referendum* en esta Conferencia el día 14 del propio mes y año.

La labor del doctor Long, como representante viajero, va a alcanzar una extraordinaria importancia por la utilidad de sus asesorías en los países que visitó, que fueron casi la totalidad de las repúblicas americanas y sus extensos informes constituyen hoy documentos imprescindibles para el conocimiento de la historia de la epidemiología en el continente. En la década de los años de 1930 el cuerpo de comi-

sionados viajeros se componía además del doctor Long, de los doctores Edward C. Ernst, que a partir de 1938 ascendió a Director Auxiliar de la Oficina; John R. Murdock; Maurice A. Roe; Henry Hanson; Anthony Donovan y cuatro ingenieros sanitarios: William Boaz, William H.W. Komp, Edward D. Hopkins y Walter N. Dashiell.

Como consecuencia de la crisis política sufrida en Cuba durante el gobierno del General Gerardo Machado Morales (20 de mayo de 1925 - 12 de agosto de 1933) agravada por la repercusión en el país de la crisis económica mundial de los finales de la década de los años de 1920, a raíz de la caída de aquel dictador se sucedieron ocho gobiernos en el poder entre 1933 y 1936 con nueve Secretarios de Sanidad y Beneficencia, lo que va a repercutir muy desfavorablemente en las condiciones generales de salud del pueblo cubano.

Quizás por la profesión médica del presidente doctor Carlos Mendieta Montefur (20 de enero de 1934 - 13 de enero de 1936) y por el indiscutido empeño del Secretario de Sanidad y Beneficencia, doctor Aurelio Ituarte Gutiérrez de la Solana y del Director Nacional de Sanidad doctor Domingo F. Ramos Delgado, el Gobierno de la República para tratar de dar solución a tan difícil situación sanitaria solicitó la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para que trabajara junto a la Fundación Rockefeller, que ya participaba en las obras de la Comisión de Paludismo de la República y con el Instituto "Finlay" de La Habana, en estudios sanitarios y otros trabajos afines. Con tal objetivo y de acuerdo con la Constitución y los Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana fue designado con fecha 13 de mayo de 1935 el doctor Maurice A. Roe, del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos de Norteamérica, comisionado viajero para prestar sus servicios en Cuba.

Dr. Roberto Pereda Chávez (1928-1977). Destacado salubrista cubano. En la XXIII reunión del Consejo Directivo de la OPS fue elegido Presidente de dicho Consejo.



El primer plan desarrollado por el destacado especialista, en unión del Director Nacional de Sanidad, comprendió un estudio o investigación general de las necesidades sanitarias de la República, el cual abarcó visitas a localidades representativas de todas las provincias. Se comenzó por la más occidental (Pinar del Río) y una de las centrales (Las Villas).

En estas visitas se pusieron en contacto personal con los jefes locales de sanidad, de quienes obtuvieron y evaluaron los datos relativos a la organización y dotación de los departamentos locales, problemas sanitarios generales, laboratorios de sanidad, abastos de agua, eliminación de las inmundicias, estorbos sanitarios, demografía, dominio de las enfermedades transmisibles y otros aspectos. En ellas se realizó el mayor número posible de inspecciones personales de las vertientes de los ríos, acueductos, sistemas de alcantarillado, clínicas y otros establecimientos de importancia sanitaria.

Poco después la cooperación técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, a través de su comisionado viajero, se extendía a materias tan importantes como:

1. Sanidad marítima
2. Enfermedades transmisibles.
3. Drogas.
4. Supervisión sanitaria de aguas, cloacas y desperdicios.
5. Supervisión sanitaria de alimentos y bebidas.
6. Supervisión sanitaria de la habitación en general.
7. Supervisión sanitaria del desarrollo físico y mental.
8. Estadísticas de salud.
9. Ejercicio profesional.
10. Relaciones sanitarias internacionales.

La inestabilidad política que sufría el país y la falta de voluntad política de los gobiernos, impidieron la continuación de la labor de asesoramiento técnico que se desarrollaba y en un informe del doctor Domingo F. Ramos sobre el trabajo del Servicio Técnico de Salubridad de Cuba, publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en agosto de 1938, se dice que la Oficina había sostenido durante algún tiempo en La Habana a un representante viajero.



Dr. Jorge Aldereguía Valdés-Brito (1926-1988). Salubrista de gran experiencia. Representó a Cuba en numerosas Asambleas de la OMS y reuniones del Consejo Directivo de la OPS.

En la X Conferencia Sanitaria Panamericana (Bogotá, Colombia, septiembre 4 al 14 de 1938) en la cual se modificó la Constitución y los Estatutos de la Oficina, se eligió entre los nuevos siete vocales al doctor Pedro Machado de Cárdenas (1901-1955), Profesor Agregado de Anatomía e Histología Patológicas de la Universidad de La Habana.

En viaje de corta asesoría técnica estuvo en Cuba, en 1939, el doctor John R. Murdock, comisionado viajero, como continuación de la labor realizada por el doctor Roe. De junio de 1939 a junio de 1943, la Oficina otorgó al país siete becas de estudios en el extranjero. En informes oficiales sobre sanidad en Cuba, en la década de los años de 1940, no se cita que se haya desarrollado por la Oficina programa alguno en el país.

Con la firma de un Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y la Oficina Sanitaria Panamericana fue oficialmente inaugurada el 26 de agosto de 1952 la Oficina II de la Oficina Sanitaria Panamericana, con sede en México, D.F., la que agrupaba a Cuba, Haití, México y República Dominicana.

Las funciones de esta Oficina de Zona se podían resumir en tres grandes aspectos:

1. Servicios de consulta y de asesoramiento a solicitud de los gobiernos respectivos.
2. Ejecución de programas específicos.
3. Actividades de educación y adiestramiento profesional.

En Cuba se le concedió mayor atención al adiestramiento de personal y así se le otorgaron a profesionales del país en 1953 diez becas de menos de seis meses de duración y dos de más de medio año.

Los programas llevados a cabo fueron los siguientes:

1. Erradicación del *Aedes aegypti*.

Se estableció mediante un convenio firmado el 5 de noviembre de 1953, el cual inauguró sus actividades el 23 de marzo de 1954. La cooperación de la Oficina consistió en asesoría técnica y suministros de materiales para la campaña.

2. Control de Alimentos.

Como resultado del informe y plan de operaciones elaborado en 1953 se dieron servicios de consulta y becas en un programa de control de alimentos en La Habana.

3. Programa contra la viruela.

Como parte del programa regional de lucha contra la viruela, la Oficina colaboró con el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social (nombre que adoptó la antigua Secretaría de Sanidad y Beneficencia el 10 de octubre de 1940) en el establecimiento de un laboratorio para la elaboración de una vacuna seca contra la viruela. La cooperación consistió en los servicios de un técnico en la materia y con una cantidad limitada de equipos.

El establecimiento de la cooperación de la Zona II de la Oficina Sanitaria Panamericana con Cuba coincidió con la celebración oficial del Cincuentenario de la Oficina en La Habana, en cuyo programa de actividades se incluyó el Primer Congreso Interamericano de Higiene efectuado en el Capitolio Nacional de la República del 26 de septiembre al 1ro. de octubre de 1952, al que asistieron delegados de América y Europa, de organizaciones internacionales y nacionales, de instituciones científicas y el Director General de la Organización Mundial de la Salud, doctor Brock Chisholm, como representante especial designado por el Consejo Ejecutivo para esta ocasión.

En esta importante asamblea científica internacional los temas tratados fueron:

1. Saneamiento rural.
2. Organización e integración de los Servicios de Salubridad.
3. Progresos realizados en el tratamiento y control de las enfermedades.

Los especialistas participantes tuvieron oportunidad de cambiar impresiones, conocimientos e ideas y de volver a sus países con nuevo estímulo para continuar sus trabajos e investigaciones. Los menos estimulados serían los del país anfitrión, porque ese mismo año arribó al poder un gobierno de facto, que poco después llevaría a la nación a una sangrienta guerra civil.



Dr. José Jordán Rodríguez (1920). Eminente pediatra cubano, a quien acaba de declarar la OPS (2002) Héroe de la Salud Pública de Las Américas.

V

REPRESENTACIÓN OPS/OMS EN CUBA: PROGRAMAS DESARROLLADOS EN COLABORACIÓN

Décadas de los años de 1960 y 1970

T

erminada la guerra civil que sufriera el país, desde el 30 de noviembre de 1956 al 31 de diciembre de 1958, con el triunfo revolucionario del 1ro. de enero de 1959, comienza para el pueblo de Cuba un período de cambios políticos, económicos y sociales que lo llevan a un enfrentamiento con Estados Unidos de Norteamérica que no ha cesado en algo más de cuatro décadas.

Como consecuencia de esta situación, en sus comienzos y bajo presión, las naciones de América en la Conferencia de Cancilleres de la Organización de Estados Americanos (OEA) celebrada en Punta del Este, Uruguay, acuerdan el 31 de enero de 1962 expulsar a Cuba de este organismo panamericano y poco después todos los países del Continente, a excepción de Estados Unidos Mexicanos, rompen sus relaciones diplomáticas y comerciales con la mayor de las Antillas.

La Organización Panamericana de la Salud como entidad independiente, Organismo Especializado Interamericano y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, mantuvo sus relaciones con Cuba, que en esta etapa del desarrollo de su salud pública integraba las unidades del sistema nacional de salud estatal, del mutualismo médico y de la medicina privada en un sistema nacional de salud estatal único, basado en principios de gran proyección social, como la accesibilidad a sus unidades de la totalidad de la población del país, la gratuidad de los servi-



Dr. Broch Chisholm (Canadá). Director General de la OMS (1948-1953).

cios médicos, el marcado acento preventivo y de promoción de salud en sus acciones, la participación del pueblo organizado en estas y la solidaridad con los países más necesitados del mundo.

Durante los años de 1959 a 1964 la OPS/OMS contó en Cuba, en diferentes momentos como representantes viajeros, con los doctores Raúl Cantuarias, chileno y Paz Leme, peruano, pero ya en 1965 nombró como su primer Representante en la Isla al doctor Manuel Zuñiga, epidemiólogo chileno, que venía trabajando en el país desde hacía algún tiempo como asesor, en su especialidad, del Ministerio de Salud Pública.

En el cargo de Administrador de la Representación se nombró al señor Luis

García, quien laboraba desde 1959 en el Programa de Vacunación del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria, el que permanecerá en esta función hasta su fallecimiento en 1978. Completaban el primer equipo de la Representación en Cuba una secretaria y un chofer.

El doctor Zuñiga desempeñó el cargo hasta el año 1968 y a principios de 1969 lo sustituyó el doctor Joaquín Eduardo de Alencar, destacado parasitólogo brasileño, quien ocupó el puesto hasta mediados de 1971. Ocurrir entonces que al demorarse el nombramiento en propiedad de un nuevo Representante desempeña las funciones interinamente, durante ocho meses, el doctor Romulus Arión, asesor rumano del Proyecto de Vacunas del Instituto "Finlay" de La Habana.

En 1972 fue nombrado en propiedad el doctor Luis Corach, asesor argentino, quien fue sustituido en los comienzos de 1976 por el también asesor argentino, doctor Daniel José Joly, el que se mantuvo en el cargo hasta 1981. Sustentados en el Acuerdo Básico entre el Gobierno de la República de Cuba y las Organizaciones representadas en la Junta de Asistencia Técnica de Naciones Unidas, firmado el 19 de junio de 1952, durante los años de las décadas de 1960 y 1970 se van a renovar acuerdos de programas que ya se venían desarrollando y se firman otros con los que se inician nuevos proyectos que abarcarán diferentes esferas de la salud pública.

Programa de Erradicación del *Aëdes aegypti*

El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, al considerar la amenaza que representaba para el Continente la fiebre amarilla

Dr. Marcolino Gomes Candau (Brasil). Director General de la OMS (1953-1973).



selvática, endémica en algunas regiones de América con brotes epidémicos periódicos en áreas más extensas, en su Primera Reunión, celebrada en Buenos Aires, en 1947, aprobó una resolución en la que invitaba a los países del Hemisferio, con la cooperación de la Organización, para que llevaran a cabo una campaña continental por la erradicación del *Aedes aegypti*.

La aparición en Asia del dengue hemorrágico, transmitido por el propio vector biológico y la extensa epidemia de dengue que ocurrió en áreas del Caribe de 1963 a 1966, dieron evidentemente nuevas dimensiones al peligro a que estaban expuestos los países infestados por este mosquito.

En Cuba, la campaña de erradicación se inició en marzo de 1954, de conformidad con un Acuerdo firmado el 5 de noviembre de 1953 entre el Gobierno de la República y la Organización Sanitaria Panamericana. Este Acuerdo fue suscrito nuevamente el 26 de febrero de 1959, así como la Carta-Convenio (Enmienda I) el 16 de mayo de 1959, la Enmienda II el 1ro. de mayo de 1963 y la Enmienda III el 21 de diciembre de 1964.

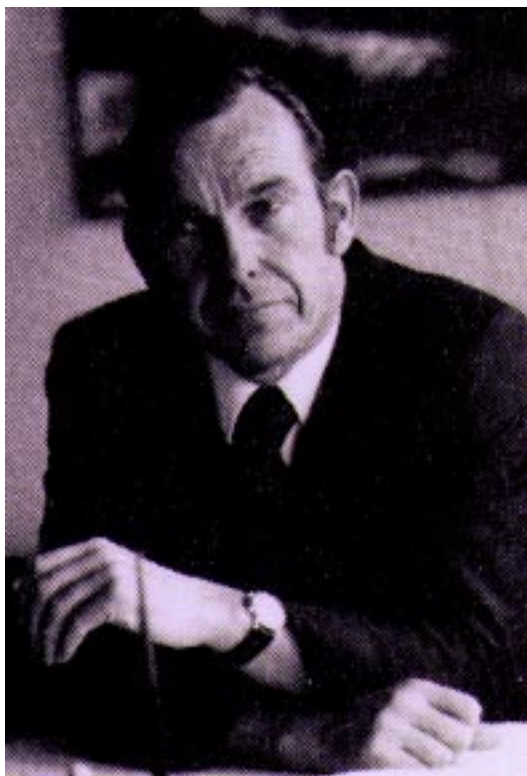
Un nuevo Acuerdo se firmó el 12 de septiembre de 1969 por cuatro años, el que se prorrogó por la Enmienda I, a este Acuerdo, para un período igual que comprendió del 1ro. de enero de 1974 al 31 de diciembre de 1977.

El Acuerdo suscrito el 26 de febrero de 1959 por el doctor Julio Martínez Páez, Ministro de Salubridad y Asistencia Social, por el Gobierno de Cuba y el doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por la Organización Panamericana de la Salud, contemplaba el siguiente y único objetivo:

1. Teniendo en cuenta la amenaza que esa situación representa para el país, y reconociendo que la erradicación del *Aedes aegypti* es la medida definitiva y más económica para proteger contra la enfermedad a los habitantes de las zonas no selváticas, el Gobierno y la Organización se proponen erradicar este mosquito de todo el territorio de la República empleando, para lograr ese objetivo, la técnica recomendada por las prácticas más modernas.

Por el propio Acuerdo la Organización adquirió los compromisos siguientes:

La Organización conviene en proporcionar el personal internacional, el equipo y suministros siguientes, quedando entendido que estos



Dr. Halfdan T. Mahler (Dinamarca). Director General de la OMS (1973-1988).

compromisos estarán sujetos a las limitaciones presupuestarias de la Organización:

1. Personal

Un asesor técnico experto en erradicación del *Aedes aegypti*.

Un inspector sanitario experto en prácticas de campo contra el *Aedes aegypti*.

En caso necesario, por mutuo acuerdo entre el Gobierno y la Oficina se podrá asignar al Programa personal internacional adicional.

Cuando se le considere indicado el personal de la Zona II o los expertos en erradicación del *Aedes aegypti* de la Oficina

visitarán el Programa para apreciar su desarrollo y hacer las recomendaciones que estimen necesarias.

2. Equipos y Suministros.

La Organización suministrará, durante el primer año del programa, los equipos y suministros que se detallan a continuación por un valor que no excederá de US\$20 000.00. En relación con los vehículos que se indican más adelante, estos podrán ser transferidos, parcialmente o en su totalidad, de otros proyectos en que la Organización colabora. En la suma de dólares establecida se incluirán, solamente, los vehículos no transferidos de otros proyectos, pero estarán incluidos en ella los restantes *items* que aparecen en este rubro.

a) 3 *jeeps*, para los trabajos de supervisión de la campaña.

b) 1 *pick up* de 2 toneladas para servicio de abastecimiento.

c) Las bombas aspersoras *Excelsior* y *Hudson* necesarias.

d) Las linternas, pilas y focos necesarios.

e) Los aparatos para captura de mosquitos necesarios y sus respectivos repuestos.

f) Insecticida DDT, polvo humectable al 75 %, de acuerdo con las necesidades del programa, además de la cantidad de insecticida que aportará el Gobierno anualmente, según se especifica en la Parte VI.

La cantidad de equipos y suministros que proporcionará la Organización durante los años venideros de la campaña, será consultada con el Gobierno.

Dr. Hirochi Nakajima (Japón). Director General de la OMS (1988-1998).



En el Acuerdo suscrito el 12 de septiembre de 1969 por el doctor Heliodoro Martínez Junco, Ministro de Salud Pública, por el Gobierno de Cuba y el doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por la Organización Panamericana de la Salud, se observa como se extiende la campaña al saneamiento ambiental en general y se utiliza la participación activa de la comunidad como aplicación de uno de los principios de la salud pública revolucionaria cubana.

Los objetivos de este nuevo Acuerdo fueron los siguientes:

1. Erradicar el *Aedes aegypti* de todo el territorio de Cuba, y al mismo tiempo intensificar el saneamiento ambiental en las localidades urbanas y zonas rurales del país.
2. Utilizar en las labores específicas de este programa la participación activa de la comunidad a través de las organizaciones de masas del país.
3. Llevar a cabo el Plan Experimental iniciado en la provincia de La Habana para estudiar los procesos de utilización de personal voluntario en los trabajos de aplicación de insecticidas y saneamiento ambiental del programa. Una vez terminado este estudio, utilizar los mismos mecanismos de trabajo en todas las áreas de Cuba.

Los compromisos de la Organización en el nuevo Acuerdo fueron:

La Organización proporcionará, sujeto a sus limitaciones presupuestarias, lo siguiente:

1. Personal.

Un asesor técnico experto en erradicación del *Aedes aegypti*, durante la realización del Plan Experimental. Una vez terminado este Plan, será analizada por el Gobierno y la Organización la necesidad de asesorías a corto plazo para la extensión del programa a todo el territorio de Cuba. Cuando se le considere indicado, el personal de la Zona II o los expertos en erradicación del *Aedes aegypti* de la Sede de la Organización visitarán

el programa para apreciar su desarrollo y hacer las recomendaciones que se estimen necesarias.

2. Equipos y Suministros.

La Organización proporcionará para la realización del Plan Experimental los equipos y suministros que se indican a continuación:

- a) 2 camiones de 3 toneladas métricas de capacidad, para labores de limpieza de patios y solares yermos, y servicios de abastecimiento.
- b) 1 050 aspersores *Excelsior* de 3 litros de capacidad, con sus repuestos.
- c) 40 aparatos de nebulización térmica *Dyna-Fog* Modelo 70B.
- d) 400 linternas de 3 pilas.
- e) 12 000 pilas para linternas.
- f) 1 200 bombillos para linternas.
- g) 10 rollos de papel heliográfico de 1 x 50 metros.
- h) 200 000 libras de DDT, polvo humectable al 75 %.
- i) Aporte de otros insecticidas cuyo uso se decida de acuerdo con las pruebas de susceptibilidad que se realicen con las cepas locales de *Aedes aegypti*. Se menciona especialmente el posible uso del insecticida Abate.

Los aportes que la Organización haga al programa que el Gobierno realizará en escala nacional a partir de 1970 con las características del Plan Experimental, estarán supeditados a la evaluación final de este Plan.

Si los resultados de esa evaluación son considerados satisfactorios, la Organización proporcionará al programa, en 1970, vehículos aspersores, insecticidas y otros materiales para el programa, conforme a una lista separada que se acuerde mutuamente entre el Gobierno y la Organización.



Los aportes que la Organización hará al programa a partir de 1971 serán determinados oportunamente de común acuerdo con el Gobierno. Todos los equipos y suministros proporcionados por la Organización al programa serán utilizados exclusivamente en actividades relacionadas con la erradicación del *Aedes aegypti*.

La aparición de una epidemia de dengue en 1977, mostró que la infestación estaba generalizada en toda la Isla, por lo que se intensificaron las actividades de control del

Dra. Gro Harlem Brundtland (Noruega).
Directora General de la OMS 1998-actual).

Aedes aegypti. Estas medidas consistieron en el rociamiento aéreo y terrestre con malatión a volumen ultrarreducido, tratamientos larvicidas con temefos y educación para la salud por organizaciones de la comunidad y los medios de información pública. Pese a todas estas actividades el *Aedes aegypti* seguía siendo un problema vectorial al finalizar la década de los años de 1970.

Programa de Nutrición en Cuba

En los primeros meses del año 1966 se suscribió un Acuerdo para la Organización de un Programa de Nutrición en Cuba entre el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud que permaneció vigente hasta el 31 de diciembre de 1966.

El Programa tenía los objetivos siguientes:

1. Promover el mejoramiento progresivo del estado nutricional de la población como parte de una acción integrada destinada a alcanzar el más alto grado de salud.
2. Investigar en forma constante el estado nutricional del país y los problemas existentes, determinando su importancia.
3. Organizar un programa de nutrición de ámbito nacional con el objeto de promover un estado nutricional óptimo para la población.
4. Elaborar normas indispensables para el buen funcionamiento de las actividades de nutrición dentro del programa integrado de salud.
5. Organizar las actividades de nutrición sobre la base de una estructura técnica central de carácter normativo, y de un sistema de descentralización hacia los niveles locales con la participación del equipo regular de los Servicios de Salud Pública.
6. Promover la educación nutricional de la población a fin de conseguir el apoyo de la comunidad y de sus organizaciones, para lograr el mejor aprovechamiento de los nutrientes disponibles.
7. Participar en la planificación y racionalización de la producción y distribución de alimentos en el país.



Dr. Walter Wyman (EE.UU.). Presidente de la OPS (1902-1911).



Dr. Rupert Blue (EE.UU.). Presidente de la OPS (1911-1920).

8. Adiestrar personal profesional y auxiliar con la finalidad de calificarlo para ocupar posiciones claves de los servicios de nutrición y llevar a cabo el programa en forma armoniosa y coordinada con los demás servicios de salud.

La OMS se comprometió a proporcionar con arreglo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica para el Desarrollo Económico, lo siguiente:

1. Personal.

Un oficial médico especializado en nutrición.

Servicios de asesores a corto plazo, de conformidad con las necesidades del proyecto y con las normas y disposiciones establecidas por la OMS.

2. Becas.

Conceder becas para el adiestramiento en el extranjero de personal nacional, en materias relacionadas con este proyecto.

3. Suministros y Materiales.

Proporcionar una cantidad limitada de suministros y materiales impresos para el proyecto en la cantidad que determine la OMS, de acuerdo con las normas que aplica en estos casos.

El 10 de mayo de 1976 se suscribió una Carta-Convenio para el desarrollo de un nuevo Programa Nacional de Nutrición en Salud Pública firmada en nombre del Gobierno de la República por el doctor José Antonio Gutiérrez Muñiz, Ministro de Salud Pública y de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud por el doctor Héctor R. Acuña Monteverde, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Por esta Carta-Convenio la OPS / OMS se comprometió a proporcionar:

1. Los servicios de asesoramiento de su personal profesional permanente y de consultores especializados a corto plazo.
2. Becas para el adiestramiento en el extranjero de personal nacional en materias relacionadas con este proyecto.
3. Cantidades limitadas de equipos y suministros, de acuerdo con las normas que la OPS / OMS aplica en estos casos.

Durante el desarrollo de este programa, la OPS/OMS y sus consultores gozaron en Cuba de los privilegios e inmunidades, así como de la protección frente a terceros, que el Gobierno otorga a las Organizaciones Internacionales que le prestan su cooperación técnica, según el Acuerdo Básico firmado el 17 de mayo de 1975 entre el Gobierno y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Programa de perfeccionamiento de profesionales en el campo de la Ingeniería Sanitaria

El 6 de julio de 1966 el Gobierno de la República suscribió con la OPS/OMS un Acuerdo para desarrollar un Programa de Perfeccionamiento de Profesionales en el Campo de la Ingeniería Sanitaria. El 4 de julio de 1972 se suscribió la Enmienda I del Programa por la cual se extendió la validez del Acuerdo hasta el 31 de diciembre de 1974.

Durante todo este tiempo la Organización proporcionó los servicios de asesores a través del personal profesional permanente, consultores especializados a corto plazo, becas, cantidades limitadas de suministros y subvenciones para los cursos intensivos que se desarrollaron.

Programa Nacional de Abastecimiento de Agua

Para el mejoramiento del Programa Nacional de Abastecimiento de Agua en Cuba, en 1969, se aprobó un Acuerdo firmado en La Habana por el doctor Heliodoro Martínez Junco, Ministro de Salud Pública (enero 15) y el doctor Faustino Pérez Hernández, Presidente del Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (enero 17) y en Washington, D.C., por el doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (marzo 28), cuyos objetivos estuvieron encaminados a desarrollar y ampliar las actividades del Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos, con el propósito de:

1. Intensificar y coordinar las actividades que comprendieron el planeamiento,



Dr. Hugh S. Cumming (EE.UU.). Director de la OPS (1920-1947). Director Emérito en 1947.

- financiamiento, construcción, operación, mantenimiento y administración de las obras previstas en el Programa Nacional de Abastecimiento de Agua Potable.
2. Promover actividades que se estimaron necesarias para adiestrar y perfeccionar al personal que actuó en el campo de los sistemas de abastecimiento de agua potable.
 3. Llevar a cabo programas de investigación aplicada en los sistemas de abastecimiento de agua potable.

La Organización Panamericana de la Salud se comprometió a proporcionar lo siguiente:

1. Personal.

Consultores a corto plazo para colaborar con el personal nacional en programas de estudio y diseño de abastecimiento de agua potable, para incrementar las actividades de investigación aplicada y docencia de las entidades correspondientes y para colaborar en la organización y administración de los sistemas de agua potable.

2. Becas.

Conceder becas al personal nacional para el adiestramiento en el extranjero, en materias relacionadas con el proyecto.

3. Suministros.

Proporcionar cantidades limitadas de suministros y material impreso de acuerdo con las normas que la Organización aplica en estos casos.

Por la Enmienda I al Acuerdo para el Programa Nacional de Abastecimiento de Agua en Cuba, firmada el 9 de septiembre de 1971, se extendió la vigencia de este Acuerdo hasta el 31 de diciembre de 1975 y por la Enmienda II se prorrogó nuevamente hasta el 31 de diciembre de 1978.

Programa de desarrollo de recursos humanos para la salud

El Gobierno de la República de Cuba y la OPS/OMS suscribieron un Acuerdo el 12 de septiembre de 1969 para llevar a cabo un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en Cuba, que estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 1973.

A este programa se le agregó una Enmienda I por la cual se prorrogó su validez hasta el 31 de diciembre de 1974. El 11 de diciembre del propio año se suscribió un Plan de Operaciones para un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en Cuba, que permaneció vigente hasta el 31 de diciembre de 1978.

En este Programa la Organización se comprometió en los aspectos siguientes:

1. Asesoría técnica de su personal profesional permanente en el país, la Oficina de Zona II y la Sede.

Dr. Fred L. Soper (EE.UU.). Director de la OPS (1947-1958).



2. Servicios de Consultoría a corto plazo de acuerdo con las necesidades del proyecto, según se conviniera entre las partes.
3. Becas para el adiestramiento en el extranjero de personal nacional en materias relacionadas con este proyecto y que no pudieran realizarse en el país. Las becas se administrarían de acuerdo con las disposiciones que tuviera establecida la Organización para tal efecto.
4. Si se considera necesario y así se conviene entre las partes signatarias, la Organización podría hacer subvenciones para cursos, seminarios u otras actividades relacionadas con el programa.
5. Equipos y suministros, según se conviniera en listas por separado.

Acuerdo para el desarrollo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Cuba

El 12 de septiembre de 1969 el Gobierno de Cuba y la OPS/OMS firmaron un Acuerdo para el desarrollo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Cuba, el cual estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 1972.

Por la Enmienda I al Acuerdo anterior, suscrito el 25 de junio de 1973 se extendió su vigencia por dos años más y por la Enmienda II, suscrita el 3 de agosto de 1975, se prolongó hasta el 31 de diciembre de 1978.

Los objetivos de este Acuerdo eran los siguientes:

1. Aumentar y mejorar los servicios de los laboratorios del Instituto, incorporando en sus actividades, sistemas y métodos de trabajo acordes con la tecnología moderna, procurando de este modo la ampliación de sus funciones y el mejoramiento de sus actividades.
2. Mejorar la capacitación técnica del personal existente y formar nuevo personal especializado.



Dr. Abraham Horwitz (Chile). Director de la OPS (1958-1975).

Los compromisos de la Organización fueron:

1. Personal.

Los servicios de asesoramiento técnico del personal profesional permanente de la Oficina Regional y de la Oficina de Zona II.

Los servicios de consultores especializados a corto plazo.

2. Becas.

Conceder becas para el adiestramiento en el extranjero del personal, en materias relacionadas con este proyecto.

3. Equipos y Suministros.

Aportar una cantidad limitada de equipos y suministros de laboratorio de acuerdo con las normas que la OMS tiene establecidas al efecto.

Proyecto de inmunizaciones en áreas rurales en Cuba

Tomándose como base, en las relaciones entre el Gobierno de la República y los Organismos que cooperaron en este proyecto, el Acuerdo Básico firmado por el Gobierno y las Organizaciones representadas en la Junta de Asistencia Técnica de Naciones Unidas el 19 de junio de 1952 y el Acuerdo Básico firmado entre el Gobierno y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se aprobó en 1969 un Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Áreas Rurales en Cuba firmado en La Habana por el doctor Heliodoro Martínez Junco, Ministro de Salud Pública, por el Gobierno de la República (octubre 23); en Santiago de Chile por el doctor Roberto Esguerra Barry, Director Regional por la UNICEF (noviembre 24) y en Washington, D.C., por el doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por la OMS (noviembre 14).

Este Plan Tripartito comprendía los objetivos siguientes:

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria y tos ferina, en las áreas rurales del país a través de las inmunizaciones específicas, en grupos de edades determinadas, así como elevar el nivel inmunitario de la población contra la viruela.

2. Integrar la vacunación como una actividad permanente e intensiva en las Unidades Ejecutoras de las Áreas Rurales del país al resto de las actividades preventivas que realizan, responsabilizando a estas unidades con el mantenimiento de adecuados niveles inmunitarios en la población bajo control.
3. El programa cubrirá por lo menos 80 % de la población rural menor de 15 años, de todo el país.

La OMS proporcionó en el Plan Tripartito, lo siguiente:

1. Servicios de asesoría técnica en la planificación, ejecución y evaluación del programa, mediante los Consultores estacionados en el país y de los asesores de la Zona II.
2. Los servicios de consultores a corto plazo, especializados, según se acordó mutuamente.

Por la Enmienda I al Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Áreas Rurales en Cuba, firmada en 22 de abril de 1970, se extendió la vigencia del Plan hasta el 31 de diciembre del propio año.

Un nuevo Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Cuba se firmó entre las mismas entidades el 15 de marzo de 1972, que permaneció vigente hasta el 31 de diciembre de 1975.

El nuevo Plan Tripartito comprendía los objetivos siguientes:

1. Reducir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis, tétanos, difteria, tos ferina, sarampión y hepatitis infecciosa, en las áreas rurales y urbanas del país.
2. Organizar un Laboratorio en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología para la producción de las vacunas necesarias.
3. Integrar dentro de las actividades preventivas que realizan las Unidades Ejecutoras, las vacunaciones en las áreas rurales y urbanas, responsabilizándolas del mantenimiento de niveles inmunitarios adecuados en la población bajo su control.

La OMS proporcionó, sujeto a sus disponibilidades financieras, lo siguiente:

1. Servicios de asesoría técnica en la planificación, ejecución y evaluación del Programa, mediante los consultores designados en el país y de los asesores zonales.
2. Cantidades limitadas de suministros, según las normas que la Organización aplica a estos casos.

Proyecto de control de las zoonosis

El 3 de junio de 1971 el Gobierno de la República suscribió una Carta-Convenio con la Organización Panamericana de la Salud / Orga-

nización Mundial de la Salud para el desarrollo de un Proyecto de Control de Zoonosis.

Por la Enmienda I a esta Carta-Convenio suscrita el 4 de julio de 1972 se extendió la validez del proyecto hasta el 31 de diciembre de 1973.

Durante ese período de tiempo la OPS/OMS proporcionó los servicios de asesoramiento a través del personal profesional permanente, consultores especializados a corto plazo, cantidades limitadas de suministros, becas y contribuciones financieras para seminarios.

Programas de extensión de servicios de salud maternoinfantil

El Gobierno de la República, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) firmaron el 7 de mayo de 1973 un Plan Tripartito de Operaciones para un Programa de Extensión de Servicios de Salud Maternoinfantil en Cuba, el cual estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 1974.

Los Objetivos de este programa eran los siguientes:

1. Extender la cobertura de los servicios de protección de la salud de madres y niños, dentro del contexto de bienestar global de la familia.
2. Lograr progresivamente una óptima capacidad operacional de la red de servicios maternoinfantil.
3. Crear nuevos servicios y dotar los establecimientos asistenciales seleccionados y destinados al control de los más altos riesgos del período perinatal, de equipos, instrumental y facilidades de transporte.
4. Promover el incremento y adiestramiento armónico de los recursos de personal profesional y de colaboración auxiliar indispensables.
5. Estimular y ejecutar investigaciones básicas y aplicadas relacionadas con materias contempladas en el proyecto.

La OPS/OMS para el logro del programa proporcionó:

1. Servicios de asesoramiento por intermedio de consultores regionales, zonales y de consultores especializados a corto plazo.
2. Becas para el adiestramiento en el exterior, de personal nacional en materias relacionadas con este proyecto.
3. C cantidades limitadas de equipos, suministros y material impreso destinados al desarrollo de las actividades docentes y de adiestramiento.

El 24 de septiembre de 1975 se firmó una Enmienda I a el Plan Tripartito por la cual se extendió su vigencia hasta el 31 de diciembre de 1976.

Programa de control de medicamentos en Cuba

Por acuerdo firmado el 20 de diciembre de 1973 el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial

de la Salud desarrollaron durante tres años un Plan de Operaciones para un Programa de Control de Medicamentos en Cuba, que tenía los objetivos siguientes:

1. Control de la calidad de las materias primas y los envases correspondientes.
2. Control y análisis de procesos.
3. Análisis de los medicamentos.
4. Examen periódico de muestras testigos.
5. Estabilidad de los medicamentos.
6. Establecimiento de los factores recomendados por la OPS/OMS.
7. Colaboración con los distintos Departamentos de la Dirección Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública.
8. Adiestramiento de personal técnico de nivel profesional y medio, de acuerdo con programas del Ministerio de Salud Pública.
9. Elaboración y control de las Normas de Protección e Higiene del Trabajador.
10. Investigación de métodos analíticos, para los estudios de estabilidad.
11. Información técnica especializada.

Para el cumplimiento del programa la OPS/OMS proporcionó:

1. Asesoría Técnica a través del personal profesional de la Oficina Regional y consultores a corto plazo necesarios para el mejor cumplimiento de los objetivos.
2. Asesoría técnica por medio de consultores especializados en la planificación, programación, organización y evaluación del programa, así como en las técnicas de producción y control de medicamentos.
3. Becas para personal profesional y para médicos del Ministerio de Salud Pública, a fin de que hicieran una estadía de observación en un país que determinó la Organización, con el objeto de observar técnicas y métodos de trabajo empleados en los laboratorios de producción de medicamentos.
4. Equipos y materiales.
5. Información técnica especializada.

Programa de servicios integrados de salud

Por Carta-Convenio suscrita el 20 de diciembre de 1973 el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, llevaron a cabo un Programa de Servicios de Salud en Cuba, con duración hasta el 31 de diciembre de 1974.

Los objetivos que el programa se propuso fueron los siguientes:

1. Continuar e incrementar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, mediante la extensión y el perfeccionamiento del sistema de servicios de salud en áreas específicas.

2. Elevar el nivel profesional y técnico de todo el personal dedicado a los servicios de salud, mediante su capacitación continuada.
3. Formular y establecer programas de investigación en áreas que apoyen las necesidades de perfeccionamiento del sistema, tanto en sus componentes de servicio como de infraestructura.
4. Lograr el apoyo y la participación cada vez más intensos, de la comunidad en general y de sus grupos organizados, de los organismos del Estado, de las instituciones docentes y de las agrupaciones científicas.

La OPS/OMS como colaborador del programa proporcionó:

1. Los servicios de asesoría del Representante asignado al país, así como de funcionarios de la Oficina de Zona II, de la Oficina Central y consultores a corto plazo.
2. Becas al personal nacional para adiestramiento en el extranjero en materias relacionadas con el proyecto.
3. Suministros y equipos.

Por la Enmienda I a la citada Carta-Convenio firmada el 11 de junio de 1975 se extendió la vigencia del programa hasta el 31 de diciembre de 1978.

Programa de administración y mantenimiento de servicios y equipos de salud

En 1973 se firmó por el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud un Acuerdo sobre Programa de Administración y Mantenimiento de Servicios y Equipos de Salud que entró en vigor a partir del 1ro. de enero de 1974 y permaneció vigente hasta el 31 de diciembre de 1977.

Los objetivos a largo plazo del proyecto fueron:

1. Reducir la tasa de deterioro y las altas pérdidas de inversión de capital en el campo de la atención médica.
2. Aumentar la efectividad y productividad tanto de las inversiones de capital como operacional dentro del campo de la salud.
3. Reducir el nivel de costos de operación en el campo de la salud.

Y el objetivo inmediato:

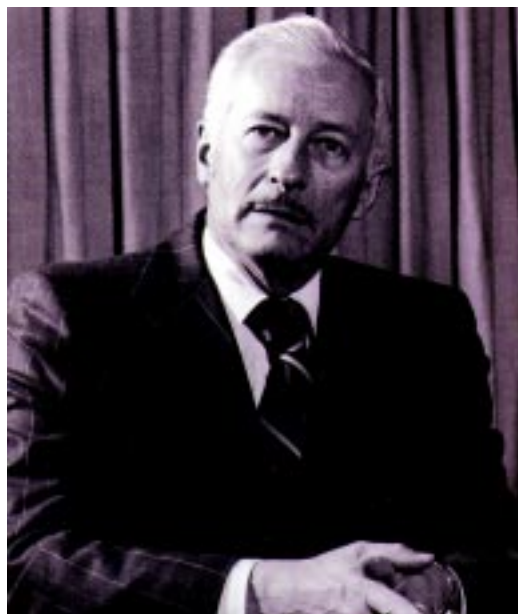
- Fortalecer el Sistema Nacional para Ingeniería y Mantenimiento de equipos médicos de hospitales y centros médico-asistenciales.

Para la ejecución del programa el Asesor Regional de la OMS y el Asesor Zonal de la OPS actuaron en sus respectivas especialidades.

Curso sobre Programación en Salud Pública

En Carta-Convenio firmada el 21 de mayo de 1975 quedaron establecidas las bases de cooperación entre el Gobierno de la República y la Organi-

Dr. Héctor R. Acuña Monteverde (México).
Director de la OPS (1975-1983).



zación Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, para llevar a cabo un Curso sobre Programación en Salud Pública, que tuvo de duración cinco semanas, del 29 de septiembre al 31 de octubre del propio año 1975.

Los propósitos del curso eran:

1. Organizar y capacitar un equipo de profesionales de la Dirección de Planificación y funcionarios de la Dirección de Economía y Estadística, cuya misión sustantiva sería la de asesorar a los distintos niveles del Ministerio de Salud Pública en los aspectos de la programación de los servicios de salud en mediano y corto plazos.
2. Proporcionar el conocimiento necesario sobre conceptos, métodos y técnicas de programación de mediano y corto plazos a los funcionarios responsables de esas actividades a los niveles provincial y central.

La OPS / OMS cumplió los compromisos siguientes:

1. Designó, de acuerdo con las autoridades nacionales, dos consultores que se desempeñaron en forma permanente durante todo el período comprendido entre el 11 de agosto y el 14 de noviembre de 1975.
2. Proveyó material docente que se consideró útil para las características propias de la programación en el país, para su impresión, difusión y utilización durante el curso y las etapas subsiguientes.
3. Proporcionó la colaboración del Jefe de la Sección de Planificación y Evaluación y del Consultor Zonal en Planificación en el momento de la revisión del método de programación previa al dictado del curso y en el momento de la evaluación final una vez terminado este.

Servicio integrado de salud mental

Para la Organización de un Servicio Integrado de Salud Mental en Cuba fue firmado un Acuerdo el 21 de mayo de 1975 entre el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, que permaneció en vigor hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Los *objetivos* del plan desarrollado fueron los siguientes:

1. Identificar los problemas de salud mental prevalentes, estudiar las necesidades y determinar los recursos tanto humanos como materiales disponibles, para la prestación de servicios de asistencia, prevención y rehabilitación, así como para la preparación de personal e investigación.
2. Promover la investigación en epidemiología de las enfermedades mentales, retardo mental, epilepsia y otras causas de incapacidad y mortalidad, en las que la salud mental alterada es parte importante en su etiología.
3. Promover la formación de investigadores de salud mental en el campo de las ciencias del comportamiento.
4. Aumentar la cobertura de psiquiatría y salud mental en el medio urbano y rural mediante la capacitación del personal responsable de las acciones.
5. Promover mediante actividades de educación y difusión de información, el apoyo de la comunidad, de los organismos docentes y de las agrupaciones científicas.

La OPS/OMS proporcionó para el cumplimiento del Acuerdo:

1. Servicios de asesoría técnica a través del asesor regional y consultores especializados a corto plazo.
2. Becas para el adiestramiento en el extranjero del personal nacional en materias relacionadas con este proyecto.
3. Equipos y suministros en la cantidad que se acordó.

Programa de estudios avanzados en salud

El Acuerdo Básico firmado entre el Gobierno de la República y las Organizaciones representadas en la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas el 19 de junio de 1952, que servía de base de las relaciones entre el Gobierno y la OPS/OMS, fue sustituido por el firmado el 17 de mayo de 1975 entre el Gobierno y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y a la luz de este último Acuerdo Básico se han interpretado los siguientes proyectos aprobados.

El 1ro. de octubre de 1975 se suscribió entre el Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud un Acuerdo mutuo para el desarrollo de un Programa de Estudios Avanzados en Salud, que estuvo en vigor hasta el 31 de diciembre de 1978.

Los objetivos que se propuso este programa fueron:

1. Promover la formación y el perfeccionamiento de los especialistas necesarios que aseguraran el cumplimiento de la política de investigación aprobada.
2. Impulsar el desarrollo de las investigaciones en el campo de la salud, dándoles prioridad de acuerdo con la problemática del país y la política de investigación aprobada.

3. Posibilitar un sistema adecuado de información que permitiera la debida actualización de las tendencias modernas mundiales en investigaciones en el campo de la salud, preferiblemente aquellas relacionadas con la problemática de investigación aprobada.
4. Promover la colaboración científica y la formación y el perfeccionamiento de recursos humanos para el desarrollo de la investigación biomédica con instituciones similares en otros países.

La OPS/OMS para el cumplimiento del programa proporcionó lo siguiente:

1. Asesoría técnica de su personal profesional permanente en el país, la Oficina de Zona II y la Sede.
2. Servicio de consultores a corto plazo, de acuerdo con las necesidades del programa, según se convenió entre las partes.
3. Becas para el adiestramiento en el extranjero de personal nacional en materias relacionadas con el programa y que no podían realizarse en el país.
4. Subvenciones para cursos, seminarios y otras actividades relacionadas con el programa.
5. Equipos y suministros en las cantidades aprobadas.

Proyecto Regional en Educación Continua para el personal de salud

El Gobierno de la República y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, firmaron el 20 de marzo de 1979 un Acuerdo para la ejecución, dentro del programa regional, de un proyecto piloto para la educación continua del personal de salud.

El propósito del proyecto fue establecer una unidad con capacidad para programar, ejecutar y evaluar programas permanentes de educación continua para el equipo de salud y desarrollar actividades piloto de educación continua para el personal de salud que trabaja en áreas periféricas.

La OPS/OMS actuó como agencia ejecutora del proyecto, el cual se llevó a cabo con los fondos de una subvención otorgada por el Gobierno de Canadá, representado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) de conformidad con el Memorándum de Entendimiento firmado entre la ACDI y la OPS/OMS, el 19 de septiembre de 1978.

La OPS/OMS, sujeta a los fondos disponibles para el proyecto, aportó la participación de su personal profesional en el país, de consultores de área y regionales, y de centros multinacionales especializados, bajo la coordinación de su División de Recursos Humanos e Investigación y proporcionó de los fondos mencionados la cantidad de CAN\$80.000.00, que fueron destinados a consultores a corto plazo, becas y otras actividades necesarias del proyecto.

La colaboración de la OPS/OMS con la salud pública cubana, en las décadas de los años de 1960 y 1970, está comprendida en todos estos programas que se han descrito brevemente y sin lugar a dudas fue una estimable

ayuda a la consolidación del sistema nacional de salud único de Cuba, lo que permitió entrar en una nueva etapa de su desarrollo, en la década de los años de 1980, que el presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Comandante en Jefe doctor Fidel Castro Ruz, calificara como de *potencia médica*, la que se caracterizaría por la incorporación y el desarrollo de alta tecnología médica en modernos centros de investigación y dispensarización de acciones de salud a la totalidad de la población del país con el modelo de atención médica primaria del Médico y Enfermera de Familia.

Década de los años de 1980

El doctor Daniel José Joly que desempeñaba el cargo de Representante de la OPS/OMS en Cuba desde 1976 va a ser sustituido en 1981 por el doctor Luis Ernesto Giraldo, asesor colombiano, quien permanecerá en el puesto hasta su muerte en 1986.

A principios de 1987 toma posesión el doctor Joao Yunes, asesor brasileño, a quien sustituye en 1989 el doctor Miguel Ángel Márquez Vázquez, destacado patólogo y salubrista ecuatoriano, antiguo Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, quien llegó a acumular 20 años de servicio en la OPS/OMS en 7 países de América Latina y la sede en Washington.

El Acuerdo Básico entre el Gobierno de la República de Cuba y las Organizaciones representadas en la Junta de Asistencia Técnica de Naciones Unidas firmado el 19 de junio de 1952, que desde esa fecha sustentaba los acuerdos de programas de colaboración, va a ser sustituido, para dar cumplimiento a las resoluciones y decisiones de las Naciones Unidas y de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS relativos a la cooperación técnica, por un nuevo Convenio Básico firmado en Washington, D.C., por el doctor Héctor R. Acuña Monteverde, Director de la Organización Panamericana de la Salud, en nombre de la OPS/OMS, el 28 de junio de 1979, y en La Habana, por el doctor José A. Gutiérrez Muñiz, Ministro de Salud Pública, por el Gobierno de Cuba, el 21 de agosto del mismo año, al cual estarán sujetas las relaciones de cooperación técnicas llevadas a cabo con posterioridad.

La nueva epidemia de dengue hemorrágico que sufrió el país en 1981 determinó que continuaran recibiendo en el decenio, preferente atención las actividades de lucha antivectorial y erradicación del *Aedes aegypti* que se venían llevando a cabo desde 1954, en colaboración con la OPS, y que se habían intensificado a partir de 1959.

El análisis de la cooperación de Cuba con la OPS/OMS llevó en 1983 a una reformulación de la estrategia de esta cooperación. En ese análisis se pusieron de manifiesto algunas deficiencias cuyas características eran las siguientes:

1. Existían seis programas de cooperación, correspondiendo uno a cada Viceministerio.
2. Eran programas con una insuficiente planificación de actividades que se ejecutaban sin responder adecuadamente a un orden de prioridades establecido previamente.

Dr. Carlyle Guerra de Macedo (Brasil). Director de la OPS (1983-1995).



3. Resultaba extremadamente difícil efectuar una evaluación acertada del comportamiento de la cooperación OPS con el país, debido a las situaciones antes apuntadas.
4. Entre los funcionarios del órgano central del Ministerio de Salud Pública existía una pobre valoración de las potencialidades de cooperación con OPS y su forma de operar.
5. Prevalecía el enfoque de que OPS hacía las funciones de “un fondo” para comprar equipos y suministros, sin tenerse debidamente en cuenta la importancia de otros recursos disponibles como becas o consultorías. En el bienio 1982-1983, el 45,3 % del presupuesto de OPS fue asignado a suministros y equipos, el más alto de los países miembros.
6. En varias oportunidades se llegaba al final del bienio correspondiente con un porcentaje alto de presupuesto sin ejecutar. Esto obligaba a una ingente programación de actividades con las consecuencias negativas que ello acarrea.

La reformulación de la estrategia consistía en un ejercicio de planificación y programación de la cooperación, en asociación activa del Ministerio de Salud Pública con la OPS y con la participación directa de funcionarios de ese organismo. Esto políticamente era importante, pues coincidía con las necesidades de cambio planteadas por la nueva administración que asumía la OPS, encabezada como Director por el doctor Carlyle Guerra de Macedo, para el mejor cumplimiento de la misión básica y permanente de la Organización.

Cuba fue el primer país de las Américas en desarrollar la reformulación de la estrategia de cooperación con la OPS y al analizar sus resultados en el cuatrienio 1984-1987 ya se podían notar innegables adelantos:

1. Existía una mejor planificación y programación de las actividades de cooperación.
2. Los funcionarios de las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública habían ganado en conocimiento sobre las posibilidades de cooperación con OPS y las mejores formas de aprovechamiento.
3. Se habían creado las bases para aplicar en el futuro próximo, de una forma más efectiva, un proceso que permitía evaluar el impacto que estaba teniendo en el país la cooperación con OPS.

4. La participación de los funcionarios de la Oficina Central de la OPS había sido más manifiesta, contribuyendo así a un mayor aprovechamiento de los recursos existentes y a una identificación mayor de otros recursos extrapresupuestarios.
5. La movilización y utilización de los recursos nacionales por parte de la OPS y en función de la cooperación con otros países, se había ampliado.
6. Se pusieron en marcha 17 programas de cooperación que surgieron de la identificación por el Ministerio de Salud Pública de las áreas prioritarias, aunque algunos de ellos, en el cuatrienio analizado, no habían logrado dar cumplimiento a los objetivos para los que fueron concebidos.

Este análisis y reformulación, como el de 1983, fue realizado por grupos multidisciplinarios integrados por funcionarios nacionales y de la OPS/OMS, con el fin de fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud Pública y utilizar al máximo la cooperación técnica internacional. Similares análisis conjuntos se continuarán posteriormente con el propósito de mejorar la programación de la cooperación País/OPS/OMS y de optimizar la utilización de los recursos.

Como resultados de la citada cooperación se pondrán como ejemplo los alcanzados en el trienio 1983-1985 en los aspectos siguientes:

1. Asesores regionales e interpaíses.

En 1983 fueron asignados 74 asesores, en 1984 se enviaron 158 y en 1985 estuvieron en el país 134 en las áreas siguientes: desarrollo de sistemas de salud, extensión de la cobertura de los servicios de salud y atención primaria, planificación de programas de salud, recursos humanos, saneamiento ambiental, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud oral, administración de salud, medicamentos esenciales y vacunas, medicina veterinaria, higiene de los alimentos, nuevas tecnologías, epidemiología, enfermedades crónicas, salud de los adultos, salud ocupacional, salud maternoinfantil, gerontología y geriatría, educación sexual y sistema de información y documentación

2. Consultores a corto plazo (STC).

En los años 1983, 1984 y 1985 se enviaron a Cuba respectivamente 41, 31 y 72 consultores a corto plazo que prestaron servicio en: recursos humanos, educación médica, educación para la salud, planificación familiar, educación sexual, estadísticas de salud, oftalmología, control de vectores, las zoonosis, tecnología educacional, salud maternoinfantil y dinámica de la población, enfermedades infecciosas y parasitarias, administración de hospitales, organización de la ciencia y la tecnología, salud ambiental, enfermedades crónicas, salud oral, salud pública veterinaria, farmacología y gerontología y geriatría.

3. Becas.

De 1983 a 1985 se concedieron en estos tres años respectivamente 83, 138 y 128 becas en: administración de salud pública, enfermería, enfermedades transmisibles, enseñanza de la medicina y ciencias afines, medicina clínica, recursos humanos, educación para la salud, salud ambiental, salud maternoinfantil, atención primaria, producción de sustancias biológicas, prevención y control de enfermedades, medicamen-

Dr. Sir George A.Q. Alleyne (Barbados). Director de la OPS (1995-actual).



tos esenciales, gerontología, enfermedades crónicas, nuevas tecnologías, salud oral, medicina veterinaria e información científico y técnica.

4. Cursos, seminarios y talleres.

En el trienio 1983-1985 se llevaron a cabo en cada año respectivamente 3, 15 y 11 eventos relacionados con: desarrollo de los servicios de salud, control de enfermedades transmisibles, gerontología, plaguicidas, inmunizaciones, adolescencia y juventud, lactancia materna, accidentes de la infancia, rehidratación oral, crecimiento y desarrollo, investigaciones sobre salud, Codex Alimentarius, enfermedades crónicas, diagnóstico rápido de la tuberculosis, infecciones parasitarias, educación médica, desastres naturales, control de contaminación ambiental por productos químicos, investigación en salud, práctica epidemiológica, salud ocupacional, higiene y epidemiología y comportamiento reproductivo del adolescente.

En estas actividades se contó con algo más de 46 consultores regionales y 70 consultores temporeros.

En 1988 el Ministerio de Salud Pública continuó fortaleciendo su capacidad operativa e identificó los siguientes programas como prioritarios para la cooperación técnica de la OPS/OMS: asistencia médica, higiene y epidemiología, desarrollo y evolución de nuevas tecnologías en salud, formación de recursos humanos, desarrollo de información en salud, desarrollo de la farmacología, producción y distribución de medicamentos y desarrollo de la cooperación técnica. Estos programas nacionales fueron articulados a través de 37 proyectos y 145 actividades.

El programa de asistencia médica se orientó hacia la consolidación del proceso de institucionalización del modelo de atención médica primaria del médico de familia. La OPS/OMS brindó apoyo a la capacitación del personal para la elaboración, evaluación y aplicación de instrumentos programáticos en este modelo. Asimismo, proporcionó cooperación técnica en el desarrollo de investigaciones operativas en servicio para el estudio de experiencias en la integración de programas y modelos asistenciales a los sistemas locales de salud (SILOS).

En salud maternoinfantil la Organización dio apoyo a investigaciones sobre el enfoque de riesgo perinatal y materno y en el campo de la genética médica, y en coordinación con el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) impulsó el desarrollo del programa de educación sexual y planificación familiar y la capacidad del personal de salud en comunicación y educación en salud de la comunidad. Por otra parte continuó colaborando en el fortalecimiento del programa de salud del adulto, que prestaba especial atención a la prevención y el control de enfermedades crónicas, salud del anciano, rehabilitación, salud mental y salud bucodental.

En el programa de higiene y epidemiología se destacó la profundización del estudio de la situación cambiante del perfil epidemiológico del país para establecer las adaptaciones necesarias e intensificar la promoción de la salud. La OPS colaboró en la celebración de un taller nacional sobre la utilización del método epidemiológico dentro de los servicios de salud y el médico de familia, en el que participaron especialistas internacionales y también colaboró en la organización de cursos y seminarios y en asesorías relacionadas con enfermedades transmisibles, nutrición, salud ambiental y salud de los trabajadores.

En cuanto al desarrollo y la evaluación de nuevas tecnologías, la OPS/OMS cooperó en un estudio de técnicas evaluativas en el sistema de infraestructura tecnológica, de equipamiento médico y de otras tecnologías.

Se creó un Comité de Investigaciones, integrado por expertos del Ministerio de Salud Pública y la Representación de la OPS/OMS, que además de someter a un análisis riguroso los aspectos metodológicos y técnicos de las investigaciones que fueron subvencionadas por la OPS/OMS, evaluó el posible impacto de esta actividad en las prioridades y programas nacionales y colaboró en la supervisión periódica de las investigaciones ya en marcha.

La OPS/OMS dio apoyo además al desarrollo de recursos humanos fundamentalmente dirigidos a especialidades médicas, al análisis estratégico y a la planificación de la educación continua de los profesionales de salud.

Dentro del programa de información científico-técnica continuó ampliándose la red de servicios bibliográficos y la OPS/OMS dio apoyo a la distribución de la base de datos LILACS en discos compactos (CD-ROM).

Al finalizar la década de los años de 1980 la cooperación de la OPS/OMS se prestó en función de los siguientes ejes de acción interprogramáticos: desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) y mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria; enfoque epidemiológico, con énfasis en la promoción de la salud; perfeccionamiento de la capacitación del personal de salud como un proceso continuo; análisis económico, como componente de la gestión de salud; la utilización de los resultados de la investigación científico-técnica para el desarrollo armónico del Sistema Nacional de Salud; inicio del debate y análisis del enfoque intersectorial en salud y cooperación técnica entre países.

En relación con la aplicación del enfoque intersectorial para la solución de los problemas de salud más impactantes, la OPS/OMS colaboró con la Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, para crear las condiciones que permitieron la definición de líneas estratégicas para la acción intersectorial en salud. Se partió de la premisa de que salud y desarrollo socioeconómicos son elementos sinérgicos,

mutuamente enriquecedores, y que no se puede concebir el desarrollo sin lograr niveles óptimos de salud como parte fundamental del bienestar de la población. Asimismo, cooperó con el Gobierno de Cuba en la preparación de un proyecto conjunto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), para el desarrollo rural integral en la Provincia de las Tunas.

En cuanto al desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud, se colaboró con el Ministerio de Salud Pública para el establecimiento de proyectos sobre evaluación de la situación sanitaria y sus tendencias y sobre economía y financiamiento de los servicios de salud. A su vez, se logró la integración de los proyectos para el desarrollo de los servicios de salud en un modelo que abarcó los componentes siguientes: programa de medicina integral en los SILOS; tecnología clínica, radiológica y de laboratorio; participación de la comunidad; políticas y desarrollo tecnológico; preparación para desastres y salud bucodental.

Fue muy importante la evaluación del proceso de reorganización y reorientación del sector salud sobre la base de la descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, cuyos resultados fueron utilizados para el reajuste del enfoque nacional. También se destacó la evaluación nacional de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil, que se completó durante el año 1990 y el Seminario Latinoamericano sobre Laboratorios en los SILOS, efectuado en mayo de ese año en La Habana con el patrocinio del Ministerio de Salud Pública, la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y la OPS/OMS.

Durante los días 11 al 14 de junio de 1990 se llevó a cabo la visita a La Habana de los doctores Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización Panamericana de la Salud y George Alleyne, Subdirector, quienes en ese tiempo realizaron con la dirección nacional del Ministerio de Salud Pública, los directores de las más importantes instituciones de salud del país y la Representación de la OPS/OMS en Cuba, un detallado análisis de la situación de salud de la nación y de la cooperación técnica entre el Gobierno y la OPS/OMS.

En el *Informe de Balance del Ministerio de Salud Pública de 1989*, leído en la reunión, el doctor Julio Teja Pérez, Ministro de Salud Pública, recalcó que a pesar de la agudización de la crisis económica que se iniciara con la pérdida de los mejores mercados de la Isla, con la caída en aquellos momentos de los gobiernos socialistas de la Europa del Este, por el enfoque de trabajo, la dedicación al mejoramiento de la calidad de los servicios, el control de las inversiones, la participación de la población y sobre todo, por la decisión política, se consideraba al año 1989 como el mejor de toda la historia de la salud pública cubana, afirmación que se sustentaba en los índices de morbilidad y mortalidad, el cumplimiento de las inversiones asignadas, los resultados económicos, una población cada vez con mayores perspectivas de vida saludable, condiciones de salud laboral más estable, consolidación de los programas de promoción y prevención para mejorar día a día las condiciones de vida, estabilización de los requerimientos alimentario-nutricionales,

logros científico-técnicos a los niveles nacional e internacional, así como el incremento en el rendimiento de todas y cada una de las unidades que conformaban el Sistema Nacional de Salud del país.

Década de los años de 1990

Al iniciarse la década de los años de 1990 continuaba al frente de la Representación OPS/OMS en Cuba, el doctor Miguel Ángel Márquez, en cuya etapa de dirección se va a considerar a esta Representación (1992), como la más destacada del Continente. En 1996 tan importante salubrista será sustituido por el doctor Patricio Yépez Miño, también de nacionalidad ecuatoriana, estomatólogo, especializado en educación médica y experimentado salubrista, quien desempeña el cargo en la actualidad.

En la década de los años de 1990 se estableció el llamado *período especial* o de crisis económica profunda, que dentro de sus estrategias, contemplaba acelerar y profundizar el proceso de descentralización que el país venía impulsando y ratificar el principio de que la salud, la educación y la seguridad social eran logros a los que no se renunciaba y que incluso se debía avanzar en el mejoramiento de indicadores fundamentales. Para alcanzarlo se ratificaron dos principios en el caso de la salud: que el sistema continuara siendo totalmente financiado por el presupuesto estatal y se mantuviera la cobertura y la accesibilidad total a los servicios de salud por la población de forma gratuita.

Estos principios significaron para la salud, el perfeccionamiento y desarrollo de la atención primaria y la profundización de la convocatoria social; de ahí que el escenario municipal adquiriera la importancia de nivel estratégico.

Por otra parte, reafirma la importancia del papel de los gobiernos locales en mantener los logros sociales alcanzados, así como el desarrollo de múltiples iniciativas orientadas a disminuir el impacto negativo de la crisis económica, principalmente en los grupos más vulnerables de la población. Estas consideraciones determinaron algunas decisiones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el desarrollo local:

- Se establecieron las Orientaciones, Propósitos y Directrices de la salud pública cubana para el período 1995-2000 y las estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud para igual período. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se dio a la tarea de desarrollar un proceso de consolidación, reforma y modernización del Sistema, con nuevos métodos y estilos de trabajo, considerando vital la participación de la comunidad en las gestiones y las acciones de salud.
- El Sistema Nacional de Salud desarrolló herramientas participativas trascendentes dentro de las estrategias y programas priorizados, como son la creación desde el nivel nacional hasta la comunidad de los Consejos de Salud, con una composición intersectorial y el establecimiento de la Carpetas Metodológica.
- Otros sectores también profundizaron y diversificaron sus programas de desarrollo local como los de la escuela en la comunidad, de la agricultura urbana, de cultura comunitaria y medio ambiente.

El *período especial* motivó a la población, dirigentes y profesionales en todos los niveles a una mayor participación en la identificación y solución de problemas. Este proceso fue particularmente intenso al nivel local y en sí mismo resultó un formidable avance en la descentralización y la integración de los diferentes sectores.

Al hacer un balance de los aspectos que en la década de los años de 1990 deben ser considerados favorables al fortalecimiento de la comunidad en Cuba y que indican la profundización se encuentran:

- Voluntad política desplegada en el reconocimiento a la participación de la comunidad.
- Experiencia participativa acumulada en el contexto local.
- Entramado de instituciones y organizaciones establecidas.
- Significativos niveles de escolaridad alcanzados.
- Conjunto de especialistas y profesionales formados en centros de educación superior.
- Instituciones creadas en los barrios para contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida.
- Existencia de los órganos de base del Poder Popular.

Esta situación determina que la cooperación de la OPS/OMS se oriente para dar respuesta a estas políticas y realice un ajuste en su concepción, de manera que resulte más efectiva en el acompañamiento al gobierno en su estrategia de desarrollo.

Por otra parte, cabe destacar la decisión de realizar el análisis del sector salud con la participación de más de 100 expertos cubanos, que contó con la cooperación técnica de OPS/OMS. La elaboración del documento final y sus conclusiones han servido de base para la formulación de las Estrategias y los Programas del Sistema Nacional de Salud, así como para el Plan Maestro de Inversiones.

Como antecedentes particulares se encuentran los diferentes ejercicios de evaluación y seguimiento de la cooperación de OPS/OMS. La primera evaluación conjunta de la cooperación técnica con Cuba se llevó a cabo en noviembre de 1991, de este ejercicio se obtuvieron 67 recomendaciones. Un año más tarde en 1992 se realizó el primer corte de seguimiento de la evaluación conjunta, del cual se derivaron 19 acuerdos y compromisos generales para alcanzar una mayor eficiencia y efectividad de la cooperación de la Organización con el país. En febrero de 1994 se llevó a cabo otro corte evaluativo, el cual básicamente analizó la instrumentación de las recomendaciones y los acuerdos de los ejercicios anteriores en los programas de cooperación. Se realizaron 14 recomendaciones que debían instrumentarse en el programa de cooperación 1994-1995.

Es de destacar que estos ejercicios evaluativos se realizaron con una amplia participación de especialistas, directivos, investigadores y profesores del Sistema Nacional de Salud, de expertos y funcionarios de otros sectores e instituciones nacionales y de funcionarios y altos directivos de la OPS/OMS.

A partir del primer ejercicio de evaluación se inicia un proceso de instrumentación de un grupo de recomendaciones estratégicas, que son antece-

dentes significativos de la experiencia que se iniciara en 1996 con los proyectos de desarrollo municipal, que se señalan a continuación:

- Estudiar y promover modelos organizativos integrales para la gestión de salud al nivel local que traduzcan el desarrollo alcanzado en epidemiología, economía y gerencia entre otras disciplinas.
- Seguir fortaleciendo el trabajo de promoción y divulgación en salud con un enfoque multisectorial y de participación social.
- Fortalecer aún más la movilización de recursos nacionales e internacionales de todo tipo, incorporando nuevas áreas e instituciones en función de la salud.
- Continuar promoviendo la realización de actividades y proyectos interprogramáticos e intersectoriales de cooperación local.
- Desarrollar instrumentos que fortalezcan el proceso de administración estratégica local.
- Prestar especial atención a la formación y el desarrollo del personal de dirección de los SILOS.
- Realizar investigaciones sobre la responsabilidad de los distintos actores intrasectoriales y extra sectoriales presentes en los SILOS en relación con la promoción, prevención y atención a la salud de grupos e individuos.

Estos ejemplos ilustran la orientación que debía tomar la cooperación técnica y que fue valorada y perfeccionada en la evaluación conjunta MINSAP/OPS/OMS de 1998.

VI

PROYECCIÓN ACTUAL DE LA REPRESENTACIÓN OPS/OMS EN CUBA

Estrategia de la Representación

L

a estrategia actual de la Representación de la OPS / OMS está fundamentada en los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación de la cooperación con Cuba realizados en los años 1991, 1992 y la Reunión de Evaluación Conjunta (REC) realizada en 1997, que abarcó los períodos 1994-1995 y 1996-1997, así como de los procesos de control y evaluación del Ministerio de Salud Pública a los niveles nacional, provincial y municipal, asimismo, en el análisis sistemático de la situación de salud del país y en las alternativas estratégicas y las capacidades que ha ido desarrollando la Representación para responder a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

La orientación de la cooperación técnica con énfasis en el ámbito local, con amplia y activa participación de los gobiernos y las comunidades, de las unidades organizativas del MINSAP y la participación de otros sectores e instituciones, ha permitido nuevas y variadas dimensiones en la gestión participativa del proceso de cooperación.

La cooperación de la OPS / OMS en Cuba se expresa por medio de tres procesos estratégicos: la descentralización, la movilización de recursos y la acción intersectorial; y se concreta mediante dos proyectos, uno dirigido al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) y otro al desarrollo municipal.

Por otra parte, la cooperación técnica de la OPS / OMS en Cuba ha tomado como otro de los pilares en su desarrollo, a los enfoques funcionales, por

cuanto cada uno de ellos ha sido expresión del quehacer estratégico de la cooperación y referente de la concreción de resultados, lo cual al mismo tiempo ha permitido vincular las políticas nacionales con las Orientaciones Estratégicas y Programáticas (OEP) y la armonización programática de las diferentes áreas técnicas de la OPS/OMS.

En relación con los procesos estratégicos, la descentralización viene a ser una respuesta de la cooperación técnica a la descentralización del SNS, lo cual ha significado construir alternativas adecuadas para desarrollar la cooperación técnica en los diferentes territorios del país.

Este proceso ha permitido que la cooperación técnica se aproxime y en muchos casos interactúe con la realidad local, con quienes son los protagonistas del quehacer social y económico en cada municipio y localidad. Al mismo tiempo retroalimentar la cooperación técnica, por cuanto permite un análisis permanente de las estrategias y las tácticas operativas y del enfoque de la cooperación.

La movilización de recursos es otro eje en la cooperación porque ha permitido incorporar dentro del SNS 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 directivos en todos los niveles y la disponibilidad de proyectos para movilización de recursos, tanto internos y en forma complementaria como recursos externos. Existe a los niveles nacional, provincial y municipal una capacidad desarrollada con esta finalidad, que debe ser profundizada en los próximos bienios.

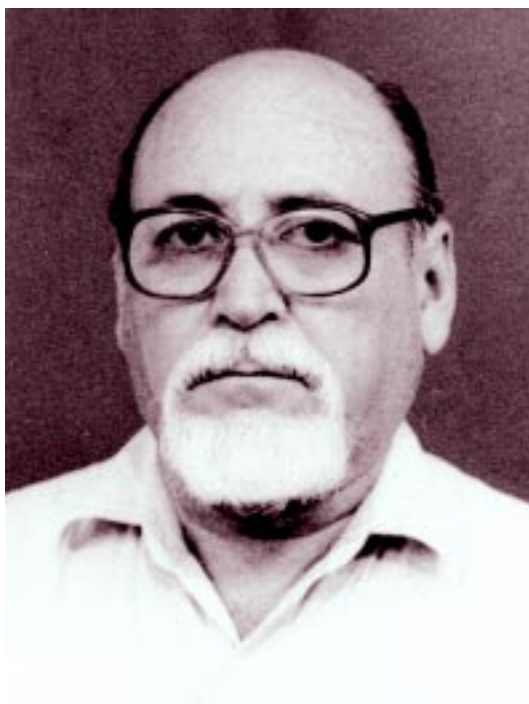
La acción intersectorial constituye otro eje fundamental en la cooperación, por cuanto permite visualizar los problemas y abordarlos con criterio de integralidad y de generalidad; este proceso ha sido muy importante para la vinculación en los territorios de las potencialidades de los sectores sociales con los económicos, en función de la salud pública y el bienestar de la población.

Los tres procesos antes señalados contribuyen en conjunto a darle la expresión integral a la cooperación técnica, así como a la descentralización del SNS y su sostenibilidad; por cuanto es la base local, donde vive la población, la que se está fortaleciendo por medio de estos procesos.

En cuanto a la estructura del programa de la cooperación técnica, este se concreta en dos proyectos en el bienio 1998-1999 y el de 2000-2001. El primero está orientado a fortalecer la rectoría y conducción del SNS, así como las funciones de análisis de la situación de salud, la vigilancia de la salud pública, el desarrollo de los recursos humanos, la información científico-técnica, la regulación y el control, la gerencia estratégica, el desarrollo de la investigación y la tecnología, la prevención y mitigación de desastres; este proyecto se vincula a las áreas técnicas del nivel central y provincial del SNS para desarrollar el proceso de cooperación. El segundo, el proyecto de desarrollo municipal, se vincula a las localidades para apoyar su proceso de fortalecimiento y desarrollo, y tiene interacción con el gobierno local, la representación de los diferentes sectores, tanto sociales como económicos, así como con las organizaciones de masas.

Los dos proyectos tienen un coordinador técnico al nivel de la Representación, que es el gerente del proyecto y responsable de la programación,

Dr. Manuel Zúñiga (Chile). Representante de la OPS/OMS en Cuba (1965-1968).



ejecución y evaluación del Programa de Presupuesto Bianual (BPB); en cada proyecto participan además todos los consultores de la oficina en las diferentes fases.

El enfoque de la cooperación hacia el desarrollo municipal iniciado en 1996, año tras año incorpora nuevos territorios del país; esto hace que se requiera multiplicar la respuesta de la cooperación en forma descentralizada, a través de una unidad organizativa que sea capaz de responsabilizarse con la asesoría a las necesidades de capacitación que demandan esos municipios, así como en la elaboración y formulación de sus propios proyectos para avanzar con la estrategia para su desarrollo.

La unidad organizativa de carácter funcional denominada *punto focal*, 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 y tiene entre sus objetivos los siguientes:

- Colaborar en la cooperación técnica descentralizada para fortalecer el desarrollo de las estrategias y políticas del país y en particular del SNS.
- Facilitar y coordinar los programas de cooperación nacionales e internacionales, en especial los de OPS/OMS.
- Contribuir mediante la formulación de proyectos a la movilización de recursos internos y externos para el desarrollo del territorio.
- Coordinar, asesorar y monitorear los proyectos de desarrollo municipal vinculados a las estrategias del MINSAP en correspondencia con la situación de salud y ambiente de cada territorio.
- Organizar programas de capacitación que contribuyan al perfeccionamiento de los recursos humanos del territorio.
- Participar en el programa de superación profesional de la Representación OPS/OMS en Cuba.

Al sistematizar la cooperación técnica en dos proyectos: fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y Desarrollo Municipal, se buscó coherencia en la cooperación técnica con el SNS; en este orden el Proyecto de Desarrollo Municipal surge como respuesta de la OPS/OMS en Cuba a un conjunto de prioridades nacionales en el proceso de descentralización y se es-

estructura a partir del programa de cooperación técnica para 1996-1997, al iniciar la experiencia con seis municipios en cinco provincias.

El Proyecto de Desarrollo Municipal toma en consideración las políticas nacionales y las indicaciones, normas y orientaciones metodológicas del SNS, así como los acuerdos de los órganos del Poder Popular respecto al perfeccionamiento de las acciones locales para el mejoramiento sostenible del bienestar de la población y su vinculación con el desarrollo productivo-económico y social del territorio.

La estrategia fundamental del Proyecto está dada por su carácter integral y participativo que conduzca a la necesaria movilización local para alcanzar los objetivos de las políticas del país en materia de salud y desarrollo socioeconómico. Esta estrategia tiene como propósito fundamental la preparación sistemática de los recursos humanos, independientemente de sus funciones en la sociedad local, que están más directamente vinculados con el bienestar de esa población. Se propone alcanzar los máximos niveles posibles de una participación consciente que desarrolle una cultura de autorresponsabilidad social por la salud.

La integración, la preparación de los recursos humanos, la selección de técnicas gerenciales adecuadas, la movilización de los recursos necesarios y la eficiencia en su utilización, la toma de decisión y la calidad de las intervenciones ejecutadas, son objetivos claves en el desarrollo municipal y deben estar basadas en la participación social. Por tanto, hay un momento importante de sensibilización de los dirigentes del gobierno, de sectores e instituciones que independientemente de su subordinación (municipal, provincial o nacional) están ubicados en el territorio, y especialmente del sector de la salud. Estos contactos valoran el estado actual y las perspectivas de las categorías que resultan indispensables para trabajar en un proyecto de salud para el desarrollo: la descentralización, la participación, el desarrollo de los recursos humanos, el desarrollo gerencial, la intersectorialidad y la movilización de recursos.

La estrategia puede resumirse en preparar al individuo para identificar correctamente los problemas, con metodologías adecuadas para proponer alternativas de solución y estar en capacidades de movilizar recursos internos y externos sobre la base de situaciones objetivas y negociadas localmente.

En los últimos veinticinco años el concepto salud como producto social, resultado del desarrollo armónico de la sociedad, ha tomado vigencia en contraposición a los múltiples enfoques prevalecientes históricamente en distintos momentos y muy relacionados con los avances científicos y técnicos. Aunque cada definición anterior ha constituido un notable avance en relación con las otras, sus alcances se han visto limitados, ya sea por considerar el estado de salud estático y centrado en un enfoque biólogo como por aquellas que la daban como un “proceso” infundiéndole dinamismo al concepto y viéndolo como el resultado del efecto de múltiples y variados factores, o sea la multifactorialidad. Todas ellas indican que el estado de salud es exclusiva responsabilidad del sector salud.

Sobre la base del modelo actual, para alcanzar niveles adecuados de salud en la población es imprescindible se conjuguen el interaccionar de los sectores económicos y sociales, lo que posibilita el máximo grado de aprovechamiento de las capacidades existentes y el desarrollo de las potencialida-

Dr. Joaquín E. de Alencar (Brasil). Representante de la OPS / OMS en Cuba (1969-1971).



des de la sociedad para el logro del bienestar común y en aras del desarrollo humano.

Esta interpretación renovadora de la salud, cuyo sustento es la participación social en su conjunto, se materializa en la medida en que existan mejores opciones políticas donde la salud es un derecho de la población y una responsabilidad del Estado: económicas, legales, ambientales, educativas de bienes y servicios.

En este enfoque la salud constituye el mejor indicador de las condiciones de bienestar, lo que justifica las acciones sociales, incluidas las actividades de las esferas productivas. La salud, vista desde una perspectiva de bienestar y como factor y resultado del desarrollo, libera al sector salud de la responsabilidad exclusiva de la producción de salud y define claramente que para obtenerla se requiere de los diferentes recursos sociales donde el individuo resulta su principal actor y el cambio de pensamiento y actuación definen en última instancia las posibilidades de lograr mejor calidad de vida.

Condiciones que contribuyen al liderazgo del sector salud en el desarrollo de los proyectos:

- Las potencialidades científico-técnicas en todas las instancias.
- La capacidad de convocatoria en la población y otros sectores.
- Los años de experiencia de trabajo con las organizaciones de masa.
- La existencia de un Sistema Nacional de Salud Único.
- La voluntad política de mantener priorizada la salud pública.
- Existencia de una fuerte cooperación MINSAP / OPS / OMS.

Como parte de la reforma sectorial para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud, el MINSAP trazó una estrategia encaminada al fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación social. Se identificaron objetivos de trabajo para incrementar la eficiencia, la equidad del sistema de salud y su sostenibilidad, especialmente en términos financieros.

A partir de esta estrategia se generan acciones encaminadas a perfeccionar la gestión del sistema, a través de cambios en los estilos de trabajos dirigidos a fortalecer la base de este, a mejorar el intercambio de la instancia central con los territorios e incrementar la participación de la comunidad en

la gestión de salud. Se refuerza a su vez el papel de los Consejos de Salud y el Movimiento de Municipios por la Salud, elementos claves para el desarrollo de la promoción de salud y la participación de la población.

El objetivo general es contribuir a perfeccionar el modelo de Cooperación Técnica de la OPS/OMS en apoyo a la política nacional para el desarrollo humano, a través de mecanismos de descentralización.

Los objetivos específicos están dirigidos a:

- Contribuir desde el sector salud con la estrategia nacional de descentralización, mediante proyectos de desarrollo municipal.
- Acompañar al sector salud en la instrumentación de proyectos integrales para la vinculación de las principales fuentes económicas con el desarrollo humano local.
- Apoyar el papel de las estructuras provinciales en los procesos de desarrollo local y capacitar a los equipos de dirección en la gerencia de proyectos.
- Contribuir a la creación de una cultura de proyectos al nivel local que permita la movilización de recursos internos y externos.
- Crear un espacio estructurado para la cooperación de las Agencias de Naciones Unidas, ONGs, etc., que deseen establecer cooperación y/o colaboración.

En correspondencia con los objetivos propuestos, el MINSAP y la OPS/OMS adoptaron una metodología para lograr la descentralización de la cooperación, propiciando la participación de las estructuras implicadas en las diferentes instancias: nacional, provincial y local.

En este sentido la estrategia propuesta adquiere una importancia relevante y se basa en las premisas siguientes:

- La creación de mecanismos y capacidades locales de programación y gestión, adecuadamente vinculadas con las instancias del nivel provincial y nacional del sector salud, constituyen de hecho una condición para el desarrollo local y para la política nacional de descentralización.
- El fortalecimiento de la capacidad local y su sostenibilidad será efectiva en la medida en que participen los gobiernos locales y la comunidad.
- Los proyectos de desarrollo municipal que se generan de la identificación de problemas de salud y el planteamiento de soluciones, serán diseñados y ejecutados por el nivel local con participación intersectorial y comunitaria.
- La asistencia técnica que se brinde por instancias deberá responder a las necesidades locales y de forma descentralizada, y contribuir con la movilización de recursos internos y externos.
- El establecimiento de coordinaciones y cooperación entre los municipios es una vía que favorece el intercambio de experiencias y el desarrollo local.

Proyecto de Desarrollo Municipal

El Proyecto de Desarrollo Municipal, en el ámbito central, es apoyado por las direcciones nacionales del MINSAP involucradas más directamente:

Dr. Daniel J. Joly (Argentina). Representante de la OPS / OMS en Cuba (1976-1981).



Institutos de Investigación y la Escuela Nacional de Salud Pública junto a todo el equipo técnico de la Representación de OPS / OMS, incluida el área administrativa.

En esta fase se definen y aprueban las actividades que las políticas han identificado como prioritarias para acompañar el desarrollo local y tiene como fundamento la Carpeta Metodológica del MINSAP; en este ejercicio se priorizan los recursos que serán necesarios para realizar actividades nacionales, para ser descentralizados a las provincias, a las Facultades de Ciencias Médicas y de forma prioritaria, a los Proyectos de Desarrollo Municipal de nueva inclusión o de seguimiento.

El nivel central no diseña las actividades provinciales o locales, coordina con las provincias la cooperación de OPS / OMS y asesora a este nivel y al municipio en su proyecto específico. Esta participación es esencial para el éxito, por cuanto, además del nivel jerárquico los niveles superiores se preparan y capacitan para elevar su liderazgo técnico metodológico, y su sentido de pertenencia al proceso.

La participación de las facultades, ubicadas en todas las provincias del país, es igualmente amplia y está más identificada con las características de su territorio. Cuenta, además, con la participación de la Escuela de Salud Pública en el desarrollo de los Departamentos de Salud que se incorporan a estos procesos locales como asesores, docentes e investigadores.

Por otra parte, las facultades amplían su espacio al vincularse más directamente con los municipios de su territorio y al desarrollar nuevas formas de participación de la universidad, para atender la demanda de ese nivel en cuanto a formación y desarrollo de los recursos humanos y colaborar en la conducción de proyectos locales que perfeccionan la salud pública.

La instancia provincial como estructura intermedia del sistema proyecta su participación en los aspectos técnico-metodológicos, los procesos económicos y de control y evaluación, lo que contribuye así, al fortalecimiento del SNS en el ámbito local.

El mayor grado de participación se aprecia en los municipios si se considera que cada uno cuenta con un Grupo Municipal de Proyectos que tiene una composición intersectorial, liderada por salud e integrada por sectores vinculados con el bienestar de la población. Este grupo es aprobado por el pleno del gobierno municipal, que encarga al sector salud de coordinar la formulación y ejecución del proyecto, que incluye actividades de iden-

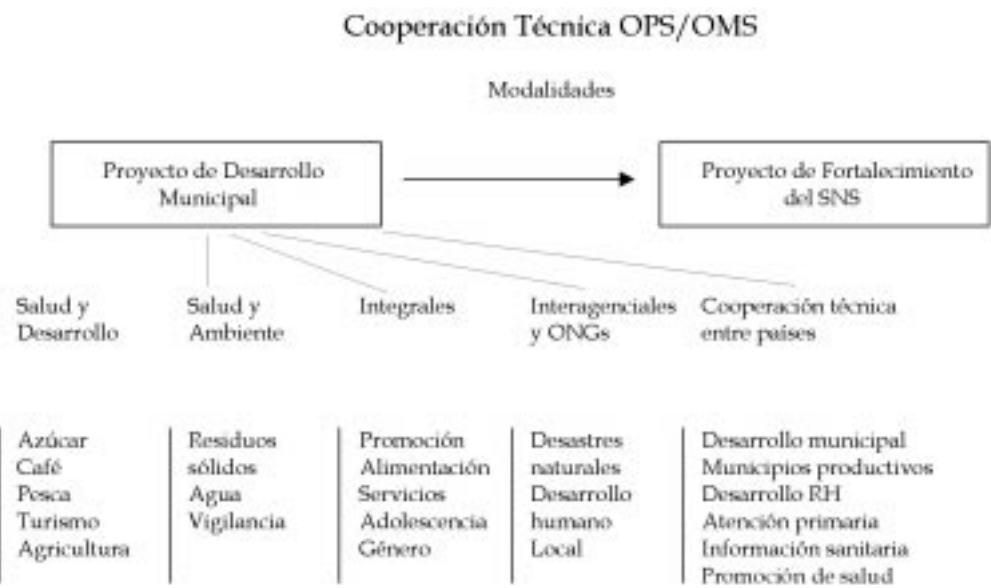
tificación de problemas, establecimiento de prioridades, planificación de acciones, intervención y evaluación. La participación de los líderes formales e informales de la población, organizaciones sociales y sindicales, enriquece este proceso y le da un carácter participativo y más democrático.

El Proyecto de Desarrollo Municipal tiene un componente de formación y desarrollo de recursos humanos (RRHH) externo al municipal (SNS, sectores, universidad, instituto de investigación, entre otros) y uno interno propio del espacio municipal. Ambos componentes convergen en la ejecución de las actividades en la localidad, pero es necesario lograr un equilibrio de conocimiento entre lo que se está gestando en el municipio y el resto de los niveles, especialmente del SNS.

La identificación de las necesidades de superación en el nivel local se realiza desde la etapa de planificación del Proyecto y en ello participa con cada municipio un equipo de trabajo integrado por el Ministerio de Salud Pública, las Facultades de Ciencias Médicas y la Representación de OPS / OMS, con el fin de lograr una identificación acorde con la realidad del territorio, el grado de desarrollo, sus capacidades y potencialidades, y a la vez contar con asesoría técnica para la propuesta de un programa de perfeccionamiento que dé salida a los objetivos trazados. En esto participan otros sectores fundamentales en este campo como Educación; Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente; e instituciones o universidades enclavadas en el territorio, que puedan aportar a la estrategia de desarrollo de los recursos humanos.

El proyecto de desarrollo municipal es una forma de cooperación técnica orientada a fortalecer el proceso de descentralización que el país impulsa y del que se derivan nuevas misiones para el SNS en todos sus niveles y elementos.

A continuación se presentan como ejemplo algunas modalidades dentro del contexto de desarrollo municipal:



El Proyecto de Desarrollo Municipal tiene el propósito y los objetivos fundamentales que el gobierno municipal aprueba. Sus actividades se caracterizan por la creación o el mejoramiento de la infraestructura necesaria, que incluye la preparación de los recursos humanos para la problemática identificada. A este proyecto global se integran, en la medida en que el proceso avance, nuevos proyectos que contribuyan al propósito municipal.

Cada municipio tiene su proyecto de desarrollo y de acuerdo con el árbol de problemas ejecuta otros proyectos con un propósito común. La cooperación de OPS/OMS, además, acompaña este proceso en otras modalidades territoriales inscritas en el desarrollo municipal.

Proyecto de salud y desarrollo

Se denomina *Proyecto de salud y desarrollo* a aquel que está vinculado directamente a centros económicos que el territorio considera significativo para el bienestar de sus pobladores.

Estos proyectos se diseñan con la misma metodología que el municipal, por lo que tienen un enfoque integral de atención al trabajador, a su familia y a la comunidad. La diferencia esencial radica en que se estratifica la situación de salud de estos grupos en el centro de trabajo y las comunidades aledañas donde residen sus trabajadores. Además se enmarcan dentro de la estrategia diseñada al respecto por Atención Primaria a la Salud del Trabajador, cuyos principios son comunes y varían de acuerdo con el tipo de actividad productiva.

El proceso de implementación se desarrolla en las etapas siguientes:

- Sensibilización de los directivos de las esferas económicas, mediante la explicación de los objetivos de trabajo.
- Desarrollo de un proceso de capacitación dirigido a los directivos técnicos, líderes sindicales, personal de salud del centro de trabajo y de la comunidad, para la identificación de riesgos. Capacitación en metodología para la formulación de proyectos.
- Capacitación a las comunidades para identificación de problemas.
- Elaboración de proyectos en el centro de trabajo con participación de los representantes de la comunidad.

Estos componentes son elementos importantes para formular integralmente los proyectos de salud y desarrollo. Hoy día se ejecutan en los sectores siguientes:

- Complejo agroindustrial azucarero.
- Puerto pesquero.
- Región productora de café (abarca cuatro municipios).
- Polo turístico.
- Empresa productora de cultivos varios.
- Productora de arroz.
- Gran zona industrial.
- Empresa pecuaria.

Este proyecto brinda docencia, investigación y servicios al resto de los complejos agroindustriales de la provincia. Ejecuta sus actividades de capacitación por grupos intersectoriales e interdisciplinarios sobre problemas identificados en la industria, la agricultura y la comunidad. Funciona estrechamente con el sector azucarero y es parte del SNS. Tiene un perfil muy destacado en el campo de la toxicología en el que desarrolla investigaciones, innovaciones tecnológicas y servicios especializados las 24 h. Investiga y asesora en la prevención de accidentes y desastres fundamentalmente químicos.

La promoción de la salud, el mejoramiento medioambiental, la prevención y control de enfermedades, y el cuidado de la salud de estos trabajadores, son áreas priorizadas.

Proyecto Municipios Productivos

Una de las modalidades de la cooperación técnica al nivel local se identifica a través del proyecto Municipios Productivos que se ejecuta en 55 Consejos Populares de 47 municipios. Este constituye la expresión sectorial del Instituto de Medicina Veterinaria al proceso de descentralización del Ministerio de la Agricultura y una respuesta a la estrategia de desarrollo local que se lleva a cabo en el país.

El propósito de este proyecto está encaminado a incrementar la disponibilidad y el consumo de proteína animal por la población, elevando en el sector privado la capacidad productiva y la producción de especies menores de rápida conversión, para lograr un adecuado abastecimiento y una comercialización ventajosa de las producciones.

En este contexto se conjuga la participación intersectorial y comunitaria para alcanzar, una mayor cultura alimentaria, adecuadas condiciones higiénico-sanitarias que contribuyan a mejorar la calidad de la producción, a disminuir las probabilidades de transmisión de enfermedades de los animales y las zoonosis y el deterioro del medio ambiente, así como a perfeccionar el sistema de vigilancia para el control de enfermedades y la preparación para mitigar las consecuencias de los desastres naturales.

En el contexto de la cooperación técnica de la OPS, este proceso está contribuyendo al fortalecimiento del Sector de Medicina Veterinaria en sus tres instancias (municipal, provincial y nacional), porque está promoviendo el perfeccionamiento de los recursos humanos y su proyección sobre la población, con el propósito de mejorar la capacidad instalada y desarrollar las potencialidades existentes. Como parte de este enfoque se han generado fuentes de empleo, incrementándose la incorporación de la mujer al trabajo y del grupo poblacional de la tercera edad en labores productivas.

Estratégicamente, el desarrollo del Proyecto de Municipios Productivos, que se orienta a mejorar la calidad de vida de la población, se convierte a su vez, en una fuente movilizadora de recursos internos y externos con un intenso componente de participación social y gubernamental.

En resumen, este movimiento coordina acciones que fomentan la salud y la productividad animal en forma sostenible; aglutina a los diversos actores, políticos, económicos, técnicos y científicos y a la población en aras de mejorar el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

Dr. Luis E. Giraldo (Colombia). Representante de la OPS / OMS en Cuba (1981-1986).



Proyectos integrales específicos

Salud y ambiente

Los programas de Salud y Ambiente se insertan en el ámbito local dentro de los proyectos de Desarrollo Municipal. Puede afirmarse que en la totalidad de los territorios es un tema de gran interés.

El proyecto promueve estrategias de trabajo que garanticen una amplia participación de las estructuras de gobierno, empresas, sectores y de la población, así como la aplicación de tecnologías alternativas para la solución y mitigación de los factores ambientales que influyen en la salud de las personas.

Es importante señalar que la identificación de los problemas ambientales que afectan la salud se realiza a partir del análisis de los factores sociales, políticos, económicos, geográficos de cada lugar, como punto de partida del *Análisis de la Situación de Salud*, donde participan los sectores relacionados con las actividades medioambientales.

Este proyecto realiza actividades dirigidas a promover acciones ambientales al nivel local, que busquen propiciar una participación activa de las comunidades, en la identificación y solución de los problemas ambientales que afectan su bienestar y calidad de vida.

Las acciones ambientales se enmarcan en la implantación de la Estrategia de la Atención Primaria Ambiental, la cual no tiene una metodología única en su aplicación, sino que sobre los principios básicos en cada localidad se aplica de acuerdo con la problemática y prioridades identificadas. La implementación de la estrategia corre a cargo del gobierno local.

Se desarrollan actividades de vigilancia ambiental que se apoyan en el proceso y sirven de retroalimentación al gobierno local, al SNS y a los diferentes sectores para la toma de decisiones en relación con los aspectos ambientales que influyen en la salud de las personas. Dentro de los aspectos del programa de vigilancia están:

- Control de las aguas para consumo humano, recreacionales y minero-medicinales.
- Calidad del aire.
- Protección de los alimentos.
- Vigilancia del cólera.

- Vigilancia de la actividad turística.
- Vigilancia de la salud del escolar.
- Mejora de la calidad del agua para consumo humano y el saneamiento básico.

Las acciones están encaminadas a:

- Difusión de tecnologías apropiadas de bajo costo, dirigidas fundamentalmente al abastecimiento de agua, protección de fuentes, tratamiento y tecnologías de saneamiento. El soporte tecnológico lo aportan dos centros del país que desarrollan estas actividades, el Centro de Investigación de Tecnología Apropiada Sistema tratamiento de Agua (CITA) y el Centro de Investigación de Tecnología Apropiada en Saneamiento (SANITEC); además se utilizan otras alternativas de solución externas.
- Participación comunitaria en la construcción de acueductos rurales y protección de las fuentes.
- Capacitación del personal del sector salud para que sea efectivo su papel de regulador en lo relacionado con la calidad del agua.
- Capacitación específica para que los recursos humanos utilicen mejor los recursos tecnológicos y se apliquen las normas establecidas de forma tal que el trabajo que desarrollan tenga una calidad óptima.
- Capacitación de las comunidades en relación con la disposición final de excretas, así como en el uso de tecnologías apropiadas de acuerdo con las características de cada localidad.

Residuos sólidos

- Construcción de rellenos sanitarios manuales como solución a la problemática actual de la disposición final de residuos sólidos.
- Apoyo técnico para el reordenamiento del sector de comunales municipal.

Proyectos de promoción de la salud

Los proyectos de promoción de la salud son los más generalizados y diversos en el desarrollo municipal, si se tiene en cuenta que la estrategia municipal está fundamentada precisamente en los principios de la promoción de la salud.

Los pilares de la promoción de la salud son los enfoques estratégicos del desarrollo municipal, a los que se añaden procesos claves como el desarrollo de los recursos humanos, el desarrollo gerencial y la movilización de recursos.

La cooperación de la OPS/OMS en el ámbito local participa en proyectos que se desarrollan a través de la red nacional de Municipios por la Salud, que alcanza 79 municipios para 47 % aproximadamente del total y en aquellos derivados del Proyecto de Desarrollo Municipal.

Esta experiencia se inició después del movimiento de municipios por la salud y, por lo tanto, no hay una coincidencia de municipios. Esta realidad ha determinado que el programa de cooperación de OPS/OMS identifique áreas de trabajo para el perfeccionamiento y desarrollo del Movimiento, des-

Dr. Joao Yunes (Brasil). Representante de la OPS/OMS en Cuba (1987-1989).



de los Proyectos de Desarrollo Municipal y desde proyectos de promoción ante problemas específicos o de manejo integral.

En ambos casos se trabaja en escuelas, comunidades, centros de trabajo, mercados, prisiones y otros ámbitos, y ante problemas identificados que resultan prioritarios para el territorio como tabaquismo, alcoholismo, del ambiente, de la alimentación y nutrición o de la familia, por citar algunos. Existen, también, proyectos de promoción de la salud en programas y servicios priorizados como reproducción humana, desarrollo integral de los adolescentes, tercera edad, salud mental, entre otros.

En resumen, en los diferentes proyectos se desarrollan de forma integral las acciones de promoción de la salud que los municipios conciben de acuerdo con sus propias características, bien para desplegar una acción efectiva que enfrenta las causas que deterioran la salud, como para crear nuevas oportunidades que eleven el bienestar de la población. Estos proyectos tienen como propósito:

- Perfeccionar la participación de la población.
- Alcanzar niveles crecientes de participación consciente y sostenible de los sectores más directamente involucrados con el bienestar de la población.
- Estimular la formulación de políticas saludables en el nivel local y perfeccionar la evaluación para que resulte herramienta esencial para ello.
- Desarrollar el conocimiento y desempeño en el personal de salud de otros sectores, de los órganos de gobierno, de las organizaciones sociales y de la población en general en promoción de salud.
- Mejorar la infraestructura para la promoción de la salud en el ámbito local, que incluye las necesidades de capacitación, investigación y producción de medios, entre otros.

Proyectos internacionales, interagenciales y con ONGs

Dentro de esta modalidad, la cooperación técnica ha acompañado diferentes Proyectos cuyas características son responder a fondos extrapresupuestarios y de otras agencias del sistema de Naciones Unidas, ser descentralizados al ámbito local y enmarcarse dentro de las estrategias y los planes de desarrollo establecidos por el país, para enfrentar la ocurrencia de fenómenos naturales o la real posibilidad de que estos se produzcan en

áreas y comunidades específicas del territorio nacional. Tienen como punto de partida problemas identificados en los Proyectos de Desarrollo Municipal y, por ende, tienen una fuerte participación de los gobiernos locales, diferentes organismos e instituciones nacionales, así como un alto papel de la comunidad como ejecutora y beneficiaria de estos programas.

Como parte de la metodología general ha sido necesario ejecutar intensas actividades de capacitación a todos los niveles, pero con más profundidad al nivel de la comunidad y contar con asesoramiento externo de expertos en los temas que lo han requerido.

Para una mejor comprensión de las complejidades enfrentadas en esta actividad, se exponen a continuación los elementos fundamentales de cada uno de los ejecutados hasta el momento.

Proyecto de ayuda humanitaria de emergencia de la provincia de Guantánamo

Este Proyecto se creó para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de las poblaciones, que permitan evitar brotes epidémicos de enfermedades de origen hídrico.

- Con financiamiento de la OPS / OMS, los gobiernos de Cuba e Italia y el aporte comunitario, el Proyecto se ejecutó en 21 comunidades de 3 municipios, incorporando la estructura de gobierno ya existente de 10 Consejos Populares y 49 circunscripciones. Ocupó un área de 600 km² con 35 235 habitantes. Se realizó entre febrero de 1996 y abril de 1997.
- Se desarrolló un amplio y sostenido proceso de capacitación y se incorporó la comunidad como gestora del diagnóstico y la priorización de sus necesidades, planificación de las actividades y la toma de decisiones para su ejecución y de los fondos disponibles.

Los principales componentes fueron:

- Promoción y educación en salud, capacitación de la población, preparación de materiales y guías de orientación para el mantenimiento y la utilización de equipos y de las instalaciones sanitarias, con la participación del Programa del Médico y Enfermera de Familia.
- Mejoramiento de la capacidad de laboratorio del sistema de vigilancia de la calidad del agua, potabilización y diagnóstico de enfermedades diarreicas agudas.
- Producción, instalación y mantenimiento de letrinas.
- Adquisición, instalación y mantenimiento de equipos productores de hipoclorito de sodio.
- Adquisición, instalación y mantenimiento de bombas de agua.
- Equipamiento del sistema de recolección y tratamiento de desechos sólidos y líquidos.
- Fortalecimiento y mejoramiento de la capacidad resolutoria del Programa del Médico y la Enfermera de Familia.

Proyecto de emergencia en el municipio de La Habana Vieja

A partir del análisis de la situación de la salud realizado en este territorio a causa del incremento de los casos de enfermedades por contaminación

Dr. Miguel A. Márquez Vázquez (Ecuador).
Representante de la OPS/OMS en Cuba
(1989-1996).



hídrica, el Ministerio de Salud Pública junto con la OPS/OMS firmaron un acuerdo ejecutivo con el gobierno de Italia para la realización del Programa de Ayuda de Emergencia, que dio respuesta al llamado de ayuda internacional formulado por el gobierno de Cuba.

Para su ejecución se incorporaron nuevos elementos que trascendieron el objetivo inicial del programa y lo convirtieron en un “puente” para su articulación con el programa de desarrollo humano local que gerenciado por la UNOPS y con fondos del propio gobierno italiano, se implementó en la misma localidad. Debido a lo anterior se dirigieron las actividades bajo líneas de trabajo encaminadas a lograr un mayor impacto y beneficio sobre los grupos más vulnerables, con la elevación de la eficiencia y el aprovechamiento de los recursos financieros aprobados, y el aumento de la participación social y comunitaria en los problemas identificados.

Durante 1998 y principios de 1999, se ejecutó el Programa con las líneas de trabajo siguientes:

- Apoyo al mejoramiento de la situación del saneamiento y del abasto y distribución de agua del municipio.
- Promoción del incremento de la calidad y el mejoramiento del estilo de vida del adulto mayor.
- Promoción de la educación para la salud en grupos vulnerables.
- Promoción de la recreación, especialmente de niños y jóvenes, como un medio de contribuir a una plena salud mental y física.
- Apoyo al programa de atención a personas con padecimientos mentales para su rehabilitación y reinserción en la comunidad.
- Apoyo a los programas de participación social en el municipio.
- Responder a urgentes necesidades de los ciudadanos, mediante un grupo integrado de subproyectos destinados principalmente a atender necesidades de grupos priorizados como niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

Como resultados relevantes de este Programa se puede señalar que:

- La experiencia alcanzada facilitó mayores y mejores espacios para asumir y ejecutar en el territorio el Programa de Desarrollo Humano Local.



Local de la Representación OPS/OMS en Cuba (1968-1991). Calle 23 y L, Vedado, Ciudad de La Habana.

- Mejoró servicios sociales indispensables para el desarrollo humano local como: salud, educación, deporte, cultura, recreación y seguridad social.
- El proyecto de emergencia sirvió para dar respuestas a algunos de los problemas de agua y saneamiento del territorio y se convirtió al mismo tiempo en “puente estratégico” para el desarrollo humano local, lo que permitió preparar el equipo del territorio para acceder con mayor propiedad y experiencia a otras fuentes de recursos tanto nacionales como internacionales.
- Contribuyó de manera directa a mejorar la calidad de vida de la población, en aspectos relacionados con el medio ambiente, como el agua y el saneamiento, con grupos vulnerables como la tercera edad, las mujeres, los adolescentes y los discapacitados, lo que favoreció la creatividad, la identidad y la integración comunitaria social.
- Posibilitó la creación de infraestructura, equipamiento, métodos y técnicas, y elevó la capacidad resolutoria del territorio para afrontar los problemas relacionados con el desarrollo municipal.

Proyecto de mitigación y preparativos para casos de sismo en instituciones de salud en el municipio Santiago de Cuba

La provincia de Santiago de Cuba se encuentra situada en la zona de mayor actividad sísmica de Cuba, y por lo tanto, está evaluada como de alta vulnerabilidad para este tipo de fenómeno natural.

Este Proyecto fue financiado por la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea (ECHO) con la administración de la OPS/OMS y con la participación del MINSAP, la Defensa Civil, el Gobierno Provincial, el Centro Nacional de Investigaciones Sísmicas y otros organismos y sectores en el territorio. Se desarrolló durante el año 1999 hasta abril del 2000.

El objetivo estratégico fue lograr que las instituciones de salud de la ciudad de Santiago de Cuba, su personal y la población general alcanzaran un nivel científico-técnico y de preparación que permitiera el funcionamiento de las instituciones y una respuesta más eficiente y rápida en caso de un sismo.

Para alcanzar los resultados esperados se trabajó en tres aspectos priorizados:

1. Reducción de la vulnerabilidad no estructural y funcional de las instituciones de salud, así como los servicios básicos que la aseguran (energía eléctrica, comunicaciones, agua y disposición de residuales).
2. Preparación y capacitación del sector salud.
3. Educación e información a la población.

Este Proyecto recibió asesoramiento externo especializado en vulnerabilidad (estructural y no estructural) y también fue efectuada la evaluación externa sobre su ejecución e impacto con resultados satisfactorios.

Como resultados relevantes se pueden enumerar:

- Se entrenaron mediante talleres de capacitación y se prepararon equipos multidisciplinarios de intervención ante desastres, tanto profesionales como de la comunidad.
- Se creó la infraestructura para la capacitación permanente del personal de salud, la Defensa Civil, Cruz Roja y de la comunidad.
- Se creó la base material de divulgación e información para los interesados y la comunidad en general.

La sostenibilidad de estos proyectos se garantiza por:

- Estar sustentados en programas nacionales y políticas bien definidas por los gobiernos locales.
- Estar aprobados por las instancias de gobierno, es decir, son proyectos gubernamentales, y existir la necesaria voluntad política.



Grupo de Ministros de Salud Pública de Cuba a la entrada del actual local de la Representación OPS/OMS, Calle 4 entre 19 y 17 Vedado, Ciudad de La Habana. De izq. a der. Dres. Julio Teja Pérez, José A. Gutiérrez Muñíz, Heliodoro Martínez Junco, José R. Machado Ventura, Sergio del Valle Jiménez y Carlos Dotres Martínez.

Bibliografía y Documentación Consultadas

1. Actas de la Tercera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Publicadas por la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas. Washington, D.C., 1908.
2. Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Publicadas por la Unión Panamericana. Washington, D.C., 1910.
3. Actas de la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Publicadas por la Unión Panamericana. Washington, D.C., 1912.
4. Actas de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas. Publicadas por la Unión Panamericana. Washington, D.C., 1921.
5. Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas Americanas. Publicadas por la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1925.
6. Actas de la Octava Conferencia Sanitaria de las Repúblicas Americanas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1928;7(1):1-288.
7. Actas de la Decimosegunda Conferencia Sanitaria Panamericana. Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación No. 241. Washington, D.C., 1949.
8. Acuerdo entre el Gobierno de la República de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud para la erradicación del *Aedes aegypti* (1959) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
9. Acuerdo para el desarrollo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Cuba. (1969) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
10. Acuerdo para la erradicación del *Aedes aegypti* en Cuba (1969). Copia del original. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
11. Acuerdo para la organización de un Programa de Nutrición en Cuba (1966) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
12. Acuerdo para la programación de un Servicio Integrado de Salud Mental en Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
13. Álvarez Amezquita J, Bustamante M E, López Picazos A. y Fernández del Castillo F. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Tomo 1. México, 1960: 75-124.
14. Barnet y Roque de Escobar E. y otros. Manual de Práctica Sanitaria, para uso de jefes e inspectores de sanidad médica, funcionarios, etc., de la República de Cuba. Departamento de la Sanidad de La Habana. La Habana, 1905.
15. Batista Zaldívar F. La Sanidad en Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1944;23(3):202-5.
16. Bustamante M. Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1952;33(6): 471-531.
17. Carta-Convenio para el desarrollo de un Programa Nacional de Nutrición en Salud Pública (1976) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
18. Carta-Convenio para llevar a cabo un Curso sobre Epidemiología en Salud Pública (1972) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
19. Carta-Convenio para llevar a cabo un Curso sobre Programación en Salud Pública en Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
20. Carta-Convenio para un Programa de Servicios Integrales de Salud en la República de Cuba (1973) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba

21. Código Sanitario Panamericano. En: Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las Repúblicas de América. Publicadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., 1925: 136-67.
22. Convenio Básico entre el Gobierno de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (1979) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
23. Cumming H S. Organización, desarrollo, funciones y estado actual de la Oficina Sanitaria Panamericana: su porvenir. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1928;7(1):289-98.
24. *Curriculum vitae* del Profesor Arturo Curbelo Hernández [Sin pie de imprenta]. La Habana, 1956.
25. Delgado García G. La Doctrina Finlaísta: valoración científica e histórica a un siglo de su presentación. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 1982.
26. ———. Dr. Mario Escalona Reguera. Uno de los forjadores de la salud pública revolucionaria cubana. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana. 1987; 72: 337-60.
27. ———. El cólera morbo asiático en Cuba. Apuntes históricos y bibliográficos. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1993;78:4-44.
28. ———. Presencia cubana en los orígenes de las organizaciones internacionales de salud pública. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1995;80:69-86.
29. ———. El Código Sanitario Panamericano: Aspectos históricos. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1995;80:22-35.
30. ———. Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 1996:30-40.
31. ———. Dr. Roberto Pereda Chávez (1928-1977). Rev. Cubana Salud Pública. La Habana. 1996; 22(2): 140-4.
32. ———. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. Rev. Cubana Salud Pública. La Habana, 1996;22(1):48-54.
33. ———. Dr. Jorge Aldereguía Valdés-Brito: uno de los más representativos forjadores de la salud pública revolucionaria cubana. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1998; 84: 130-46.
34. Delgado G., Estrella E., y Navarro J. El Código Sanitario Panamericano. Hacia una política de salud continental. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1999:3-4.
35. Dic.1902-Oficina Sanitaria Panamericana- Dic. 1952. Medio siglo de cooperación panamericana pro salud pública. OMS Noticiero. Washington, D.C., 1952;5(11):1-2.
36. Duarte Nunes E. Sobre la historia de la salud pública en el Brasil: revisando algunos estudios. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1995;80:87-108.
37. El proceso de descentralización de la cooperación técnica de la OPS/OMS en Cuba. Serie Desarrollo de la Representación de la OPS/OMS en Cuba. No.23. La Habana, 2001.
38. Enmienda I al Acuerdo para la erradicación del *Aedes aegypti* en Cuba (1974) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
39. Enmienda I al Acuerdo para un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en Cuba (1974) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
40. Enmienda I a la Carta-Convenio para un Programa de Servicios Integrales de Salud en la República de Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
41. Enmienda I al Plan Tripartito de Operaciones para un Programa de Extensión de Servicios de Salud Materno-infantil en Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.

42. Enmienda I al Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Áreas Rurales en Cuba (1970) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba
43. Enmienda I al Programa de Perfeccionamiento de Profesionales en el Campo de la Ingeniería Sanitaria (1972) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
44. Enmienda I al Proyecto de Control de las Zoonosis en Cuba (1972) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
45. Enmienda II al Acuerdo para el desarrollo del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
46. Enmienda II al Acuerdo para el Programa Nacional de Abastecimiento de Agua en Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
47. Finlay Barrés C J. Explicación del cuadro de casos de cólera observados en el Cerro desde noviembre 11 de 1867 hasta enero 29 de 1868. Anal. Real. Acad. Cien. Med. Fis. Nat. Habana. La Habana, 1873;10:70-5.
48. ————. Transmisión del cólera por aguas corrientes cargadas de principios específicos. Anal. Real. Acad. Cien. Méd. Fís. Nat. Habana. La Habana, 1873;10:159-70.
49. ————. El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla. Anal. Real. Acad. Cien. Med. Fis. Nat. Habana. La Habana, 1881;18:147-169.
50. ————. Extractos de las deliberaciones de la Conferencia Sanitaria Internacional de Washington. En: Obras Completas. Academia de Ciencias de Cuba. Tomo 1. La Habana, 1965:199-228.
51. ————. ¿Es el mosquito el único agente de transmisión de la fiebre amarilla? En: Obras Completas. Instituto del Libro. Tomo 3. La Habana, 1967: 95-100
52. Flores y Troncoso F A. Historia de la Medicina en México. Ofic. Tip. de la Secretaría de Fomento. Tomo 2. México, 1886:177-203. Edición Facsimilar. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982.
53. Grau San Martín R. La Sanidad en Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1947;26(3):220-4.
54. Guerra F. Historia de la Medicina. Ediciones Norma. S.A. Tomo 1. Madrid, 1989:479.
55. Hértzberg G F. Historia de Grecia. Montaner y Simón eds. Barcelona, 1917.
56. Howard-Jones N. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (1). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1977; 31(10): 435-48.
57. ————. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (2). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1977;31(11): 501-13.
58. ————. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (3). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1978; 32(1): 28-41.
59. ————. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (4). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1978; 32 (2): 68-80.
60. ————. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (5). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1978; 32 (3): 126-37.
61. ————. Problemas de la organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales (Epílogo). Crónicas de la OMS. Ginebra, 1978; 32 (4):170-81.

62. Informe de la Representación OPS/OMS en Cuba. Visita de los doctores Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Organización Panamericana de la Salud y George Alleyne, Subdirector de la Organización Panamericana de la Salud. Junio 11 al 14 de 1990. Edición Mimeografiada. La Habana, 1990.
63. La cooperación de Cuba con la OPS. Algunas consideraciones para la programación para 1986-1987. Edición Mimeografiada. La Habana, 1985.
64. Las conferencias sanitarias internacionales. En: Los Diez Primeros Años de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1958: 3-14.
65. La Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. Boletín Oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. La Habana, 1924;29(1-3): 475-710.
66. 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.
67. La Organización Panamericana de la Salud en sus 90 años. Representación de la OPS-OMS en Panamá. Panamá, 1992.
68. Le Roy Cassá J. Doctores José A. López del Valle y Luis F. Rodríguez Molina. Anal. Acad. Cien. Med. Fis. Nat. Habana. La Habana, 1918; 54: 372-6.
69. ———. Dr. Mario G. Lebreo. Anal. Acad. Cien. Med. Fis. Nat. Habana. La Habana.,1923; 59: 346-67.
70. ———. Aristides Agramonte y Simoni. Rev. Bim. Cubana. La Habana. 1932; 30 (2):239-68.
71. López del Valle J A. Dr Enrique B. Barnet. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. La Habana, 1969;45: 9-46.
72. López Sánchez J. Finlay. El hombre y la verdad científica. Ed. Científico-Técnica. La Habana, 1987.
73. Los Programas Conjuntos OPS/OMS-UNICEF: su proceso y funciones técnico-administrativas en la OPS/OMS (Plan Decenal 1971-1980) [Copia mimeografiada]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
74. Llopis A. y Albrohr J. Antecedentes históricos del cólera en las Américas. Bol. Epid. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1991;12(1):10-2.
75. Martí Pérez J. Conferencia Internacional Americana. En: Obras Completas. Ed Nacional de Cuba. Tomo 6. La Habana, 1963: 29-130.
76. Ministerio de Salud Pública. Análisis del Sector Salud en Cuba. Con la colaboración de la OPS/OMS. Ed. Estarcida. La Habana, 1996.
77. Moll A A. Aesculapius in Latin America.W.B. Saunder Company, Philadelphia and London, 1944:99.
78. Montoro Saladrigas O. El centenario de un prócer, Diego Tamayo. Vida Nueva. La Habana, 1953; 2ª Época.27(1-3):1-9.
79. Ordenanzas Sanitarias, para el régimen de los municipios de la República. Imp. y Pap. de Rambla, Bouza y Cia. La Habana, 1906.
80. Organismos sanitarios regionales. En: Los Diez Primeros Años de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra,1958:31-4.
81. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. OPS. Washington, D.C., 1984.
82. ———. Pro Salute Novi Mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington,D.C.,1992.
83. ———. Informe Anual del Director 1979. Documento Oficial No. 171. Ed. OPS. Washington, D.C., 1980.
84. ———. Informe Anual del Director 1983. Documento Oficial No.196. Ed. OPS. Washington, D.C., 1984.
85. ———. Informe Anual del Director 1984. Documento Oficial No.201. Ed. OPS. Washington,D.C., 1985.

86. —————. Informe del Director Cuadrienal 1982-1985. Anual 1985. Documento Oficial No.207. Ed. OPS. Washington, D.C., 1986.
87. —————. Informe Anual del Director 1986. Documento Oficial No. 215. Ed. OPS. Washington, D.C., 1987.
88. —————. Informe Anual del Director 1987. Documento Oficial No. 221. Ed. OPS. Washington, D.C., 1988.
89. —————. Informe Anual del Director 1988. Documento Oficial No. 228. Ed. OPS. Washington,D.C., 1989.
90. —————. Informe del Director. Cuadrienal 1986-1989. Anual 1989. Documento Oficial No. 234. Ed. OPS. Washington, D.C.,1990.
91. —————. Informe Anual del Director 1990. Documento Oficial No.243. Ed. OPS. Washington, D.C., 1991.
92. —————. Informe Anual del Director 1991. Documento Oficial No.249. Ed. OPS. Washington, D.C., 1992.
93. —————. Informe Anual del Director 1992. Documento Oficial No. 256. Ed. OPS. Washington, D.C., 1993.
94. —————. Informe del Director. Cuadrienal 1990-1993. Anual 1993. Documento Oficial No. 262. Ed. OPS. Washington, D.C.,1994.
95. —————. Informe Anual del Director 1994. Documento Oficial No. 271. Ed. OPS. Washington, D.C., 1995.
96. —————. Informe Anual del Director 1996. Gente sana en entornos saludables. Documento Oficial No.283. Ed. OPS. Washington,D.C., 1997.
97. —————. Informe Anual del Director 2000. El progreso en la salud de la población. Documento Oficial No. 298. Ed. OPS. Washington, D.C., 2001.
98. Pan American Health Organization. Information for Health Annual Report of the Director 1998. Official Document No. 293. Ed. PAHO. Washington, D.C., 1999.
99. Pastor Quesada L. La sanidad cubana y la Comisión Técnica Antipalúdica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1937;16(1): 1-2.
100. Plan de Operaciones para un Programa de Control de Medicamentos en Cuba (1973) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
101. Plan de Operaciones para un Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en Cuba (1974) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/OMS en Cuba.
102. Plan de Operaciones para un Programa de Estudios Avanzados en Salud en la República de Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
103. Plan de Operaciones para la Organización de un Servicio Integrado de Salud Mental en la República de Cuba (1975) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
104. Plan de Operaciones para un Programa de Administración y Mantenimiento de Servicios y Equipos de Salud en Cuba (1973) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
105. Plan Tripartito de Operaciones para un Programa de Extensión de Servicios de Salud Maternoinfantil en Cuba (1973) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
106. Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Áreas Rurales en Cuba (1969) [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
107. Plan Tripartito de Operaciones para un Proyecto de Inmunizaciones en Cuba (1972). [Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba.
108. Plan de Operaciones para un Proyecto Regional en Educación Continua para el Personal de Salud en Cuba (1979)[Copia del original]. Archivo de la Representación OPS/ OMS en Cuba

109. Presno Bastiony J A. Discurso pronunciado al tomar posesión del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social de la República de Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington,D.C.,1945;24(4):293-6
110. Ramos Delgado D F. Recientes desenvolvimientos sanitarios en Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington,D.C.,1936;15(7):617-9.
111. ———. Un año de trabajo del Servicio Técnico de Salubridad de Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C.,1938;17(8):673-80.
112. Recio Forns A. La Salubridad en Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington,D.C., 1941;20(12):1228-33.
113. ———. La Sanidad en Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington,D.C., 1945;24(4):289-93.
114. Rodríguez Expósito C. Doctor Juan Guiteras. Ed. "Cubanacan". La Habana, 1947.
115. Roe M A. Inauguración de obras sanitarias cooperativas en la República de Cuba. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., 1936;15(1):40-4.
116. Samame G E. Oficina de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana, Zona II, México, D.F. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.Washington,D.C., 1954;33(5):517-22.
117. 22 años de Revolución. Cronología. Editora Política. La Habana, 1983:33.
118. Zayas Bazán H. Contribución al estudio de las ciencias médicas en la época del Protomedicato. Revista Médica Cubana. La Habana,1959;70(1):103-26.

APÉNDICES

APÉNDICE I

DIRECTORES GENERALES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Dr. Brock Chisholm (Canadá)	1948-1953
Dr. Marcolino Gomes Candau (Brasil)	1953-1973
Dr. Halfdan T. Mahler (Dinamarca)	1973-1988
Dr. Hirochi Nakajima (Japón)	1988-1998
Dra. Gro Harlem Brundtland (Noruega)	1998-actual

APÉNDICE II

PRESIDENTES Y DIRECTORES DE LA OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Presidentes

Dr. Walter Wyman (Estados Unidos de Norteamérica)	1902-1911
Dr. Rupert Blue (Estados Unidos de Norteamérica)	1911-1920

Directores

Dr. Hugh S. Cumming (Estados Unidos de Norteamérica)*	1920-1947
Dr. Fred L. Soper (Estados Unidos de Norteamérica)	1947-1958
Dr. Abraham Horwitz (Chile)	1958-1975
Dr. Héctor R. Acuña Monteverde(México)	1975-1983
Dr. Carlyle Guerra de Macedo (Brasil)	1983-1995
Dr. Sir. George A.Q. Alleyne (Barbados)	1995 - actual

* Director Emérito en 1947.

APÉNDICE III

REPRESENTANTES DE LA OPS/OMS EN CUBA

Dr. Manuel Zúñiga (Chile)	1965*- 1968
Dr. Joaquín Eduardo de Alencar (Brasil)	1969 - 1971
Dr. Romulus Arión (Rumanía) **	1971 - 1972
Dr. Luis Corach (Argentina)	1972 - 1975
Dr. Daniel José Joly (Argentina)	1976 - 1981
Dr. Luis Ernesto Giraldo (Colombia)	1981 - 1986
Dr. Joao Yunes (Brasil)	1987 - 1989
Dr. Miguel Ángel Márquez Vázquez (Ecuador)	1989 - 1996
Dr. Eduardo Patricio Yépez Miño (Ecuador)	1996 - actual

* Fecha probable.

** Ocupó el cargo interinamente durante 8 meses.

APÉNDICE IV

SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE CUBA 1902-2002

Jefe de la Sanidad de la República de Cuba ¹

Dr. Carlos J. Finlay Barrés mayo 20/1902-Agosto 26/1907

Jefe del Departamento Nacional de Sanidad ²

Dr. Carlos J. Finlay Barrés agosto 26/1907-Enero 28/1909 ³

Secretarios de Sanidad y Beneficencia ⁴

Dr. Matías Duque Perdomo	enero 28 de 1909
Dr. Manuel Varona Suárez	octubre 30 de 1909
Dr. Enrique Núñez de Villavicencio Palomino	mayo 20 de 1913
Dr. Raimundo G. Menocal G. Menocal	octubre 4 de 1916
Dr. Fernando Méndez Capote	agosto 10 de 1917
Dr. Juan Guiteras Gener	mayo 20 de 1921
Dr. Arístides Agramonte Simoni	junio 19 de 1922
Dr. Enrique M. Porto del Castillo	mayo 20 de 1923
Dr. Daniel Gispert García	mayo 20 de 1925
Dr. Francisco M. Fernández Hernández	mayo 28 de 1926
Dr. Victoriano Rodríguez Barahona	abril 4 de 1931
Dr. Miguel R. Céspedes Álvarez	mayo 12 de 1932
Dr. Ángel E. Madan González	junio 26 de 1933
Dr. José A. Presno Bastiony	agosto 14 de 1933
Dr. Ramón Grau San Martín	septiembre 5 de 1933
Dr. Carlos E. Finlay Shine	septiembre 12 de 1933
Dr. Santiago Verdeja Neyra	enero 20 de 1934
Dr. Rafael Lorié Marín	agosto 20 de 1934
Dr. Aurelio Ituarte Gutiérrez de la Solana	marzo 11 de 1935
Dr. Emilio Martínez Martínez	enero 13 de 1936
Dr. Manuel Mencía García	mayo 20 de 1936
Dr. Zenón Zamora García	diciembre 24 de 1936
Dr. Manuel Costales Latatú	agosto 11 de 1938
Dr. Juan de Moya Flamand	mayo 27 de 1939

¹ Al quedar establecida la República el 20 de mayo de 1902, ese día se creó el cargo de Jefe de Sanidad de la República de Cuba.

² Por Decreto No.894, de 26 de agosto de 1907, del Gobernador Provisional de la República, la Jefatura de Sanidad quedó convertida en Departamento Nacional de Sanidad.

³ Por Decreto del Gobernador Provisional de la República, de 3 de diciembre de 1908, se nombró al doctor Finlay, Presidente de Honor de la Junta Nacional de Sanidad y se le concedió una pensión vitalicia.

⁴ Al ponerse en vigor la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo el 28 de enero de 1909, ese día quedó inaugurada la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Con ella se convertía Cuba en el primer país del mundo en elevar a categoría ministerial su organización de salud pública. El Departamento de Sanidad pasó a ser Dirección Nacional de Sanidad de la Secretaría.

Ministros de Salubridad y Asistencia Social ⁵

Dr. Demetrio E. Despaigne Grave de Peralta	octubre 10 de 1940
Dr. Sergio García Marrúz	julio 18 de 1941
Dr. Domingo F. Ramos Delgado	febrero 2 de 1942
Dr. Gustavo A. Bock Jorge	junio 22 de 1942
Dr. Juan M. Portuondo Domenech	agosto 18 de 1942
Dr. Alberto Recio Forns	marzo 7 de 1947
Dr. José A. Presno Bastiony	octubre 10 de 1944
Dr. Octavio Rivero Partagás	abril 17 de 1945
Dr. José R. Andreu Martínez	junio 3 de 1947
Dr. Ramiro de la Riva Domínguez	diciembre 5 de 1947
Dr. Alberto Otieza Setien	octubre 10 de 1948
Dr. Carlos M. Ramírez Corría	junio 24 de 1949
Dr. José A. Rubio Padilla.	septiembre 28 de 1950
Dr. José R. Andreu Martínez	abril 4 de 1951
Dr. Enrique Saladrigas Zayas	marzo 11 de 1952
Dr. José E. Olivella Lastra	agosto 10 de 1953
Dr. Carlos Salas Humara	agosto 5 de 1954
Dr. Armando J. Coro de la Cruz	febrero 24 de 1955
Dr. Alberto Recio Forns	julio 19 de 1955
Dr. Carlos Salas Humara	enero 30 de 1956
Dr. Octavio Montoro Saladrigas	marzo 6 de 1958
Dr. Manuel Ampudia González	marzo 13 de 1958
Dr. Julio Martínez Páez	enero 5 de 1959

⁵ Al ponerse en vigor la Constitución de la República de 1940 la Secretaría de Sanidad y Beneficencia adoptó el nombre de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

Ministros de Salubridad y Asistencia Hospitalaria ⁶

Dr. Serafín Ruíz de Zárate	junio 11 de 1959
----------------------------	------------------

Ministros de Salud Pública ⁷

Dr. José R. Machado Ventura	mayo 23 de 1960
Dr. Heliodoro Martínez Junco	enero 22 de 1968
Dr. José A. Gutiérrez Muñiz	diciembre 18 de 1972
Dr. Sergio del Valle Jiménez	diciembre 14 de 1979
Dr. Julio Teja Pérez	diciembre 18 de 1985
Dr. Carlos Dotres Martínez	mayo 22 de 1995

⁶ Al crearse el Ministerio de Bienestar Social el 6 de febrero de 1959, al Ministerio de Salubridad y Asistencia Social se le llamó extraoficialmente Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria, hasta que por Ley N. 436 de 7 de julio de 1959 se le oficializó este nombre.

⁷ Por Ley No. 717 de 22 de enero de 1960 se le cambió el nombre de Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria por el de Ministerio de Salud Pública que mantiene hasta el momento.

APÉNDICE V

Desde hace varios años siete instituciones cubanas son sede de diez Centros Colaboradores de la OMS en el país, y forman parte así de una Red de colaboración institucional establecida por la OMS como apoyo a su programa a los niveles de país, interpaís, regional, interregional, y mundial. Estos Centros Colaboradores participan en el fortalecimiento de los recursos del país en función de la información, los servicios, la investigación y la capacitación para el fortalecimiento y desarrollo sanitario.

Centros Colaboradores de la OPS/OMS en Cuba

Coordinación General: Dr. Mario Pichardo Díaz

UBICACIÓN	OBJETIVOS TEMÁTICOS DEL CENTRO COLABORADOR	COORDINADOR	CONSULTOR
IPK ¹	Centro Colaborador de OMS para adiestramiento en investigaciones de Malacología Médica y Control Biológico de Vectores y Hospederos	Dr. Gustavo Kourí Flores	Dr. Rolando Miyar Abreu
	Centro Colaborador de OMS para Enfermedades Víricas	Dra. Ma. Guadalupe Guzmán Tirado	Dr. Rolando Miyar Abreu
	Centro Colaborador de OMS para la Referencia e Investigación en Tuberculosis y Mycobacterias	Dr. José Antonio Valdivia Álvarez	Dr. Rolando Miyar Abreu
INHA ²	Centro Colaborador de OMS en Nutrición e Higiene de los Alimentos.	Dr. Jorge René Díaz Fernández	Dr. Gabriel Montalvo Álvarez.
INHEM ³	Centro Colaborador de OMS para Salud y Vivienda.	Dr. Carlos Barceló Pérez	Dr. José Gómez Lorenzo
ISCM-H ⁴ Fac. "Julio Trigo"	Centro Colaborador de OMS para Crecimiento y Desarrollo del Niño.	Dr. José A. Gutiérrez Muñiz	Dr. Gabriel Montalvo Álvarez
INEM ⁵	Centro Colaborador de OMS para la Atención Integrada en Diabetes	Dr. Oscar Mateo de Acosta Fernández	Dr. Rolando Miyar Abreu
	Centro Colaborador de OMS para la Investigación y la Docencia en Reproducción Humana	Dr. Oscar Mateo de Acosta Fernández	Dr. Gabriel Montalvo Álvarez
INSAT ⁶	Centro Colaborador de OMS para la Medicina Ocupacional	Dr. Alberto González Salzo	Dr. José Gómez Lorenzo
ISCM-H ⁴ Fac. "Victoria de Girón"	Centro Colaborador de OMS para el Desarrollo del Enfoque Genético.	Dr. Luis Heredero Bauté	Dr. Gabriel Montalvo Álvarez.

¹ Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". ² Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos.

³ Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. ⁴ Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

⁵ Instituto Nacional de Enfermedades Metabólicas. ⁶ Instituto Nacional de Salud y Atención a los Trabajadores.

