

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

TÍTULO: La colaboración Médica Cubana en el siglo XXI: Una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau.

Trabajo para optar por el Título de Master en Salud Pública.

Autor: Dr. Néstor Marimón Torres.
Especialista de 1er Grado en Administración y Organización de Salud.

Tutora: Dra. Jacinta Otero Iglesias.
Especialista en 1er y 2do Grado en Bioestadística.
Master en Salud Pública y Master en Educación Médica.
Dr. Antonio Granda Ibarra.
Especialista de 2 do Grado de Medicina del Trabajo.
Doctor en Ciencias.

Ciudad de La Habana, 2006.

Indice.

Introducción	3
Objetivos	18
Diseño Metodológico	19
Análisis y Discusión de Resultados	22
Conclusiones	58
Recomendaciones	60
Referencias Bibliográficas	61
Anexos	69

Introducción:

El pueblo cubano durante toda su historia ha tenido manifestaciones de solidaridad con otras naciones del mundo, evidenciadas desde los inicios del triunfo revolucionario, legados del pensamiento latinoamericanista de José Martí, Ernesto Che Guevara y Fidel Castro Ruz. La continuidad de estas ideas por el Comandante en Jefe Fidel Castro durante todos estos años de revolución han sido la expresión del principio internacionalista de nuestro pueblo; expuesta esta solidaridad de diferentes formas y vías, ejemplo son las asesorías técnicas en la ejecución de diferentes obras, ya sean en la construcción, explotación y desarrollo de industrias, dentro de ellas: la agricultura, ganadería, avicultura, la pesca, el azúcar, la educación, el transporte y las comunicaciones. (1)

La Revolución Cubana no esperó su desarrollo económico y consolidación política para comenzar a brindar ayuda, aún con el éxodo masivo de médicos que se produjo a partir de 1959 cuando el país contaba con 6286 médicos y emigró el 50 % de esta cifra, incluyendo un tercio de los profesores de la única escuela de medicina que había en Cuba. (2, 3).

A pesar de las acciones enemigas por tratar de desestabilizarla, hizo llegar en 1960 una brigada médica emergente y varias toneladas de equipos e insumos a Chile, afectado por un intenso terremoto que dejó a miles de fallecidos. Tal y como expresó el Dr. Salvador Allende, entonces senador de ese país, de visita en Cuba y que acompañó a dicha brigada; “ Vi los camiones pasando por las calles de la Habana y vi la generosidad anónima del que entrega lo que le hace falta y que vale mucho más que lo que entregan los países ricos” (2,4).

No obstante es el 17 de Octubre del año 1962 que el Comandante en Jefe anuncia al pueblo, en el acto de inauguración del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”, la decisión del gobierno cubano de brindar ayuda en el campo de la salud, afirmando:

“...Y por eso nosotros, conversando hoy con los estudiantes, les planteábamos que hacen falta 50 médicos voluntarios para ir a Argelia, para ir a Argelia a ayudar a los argelinos.

Y estamos seguros de que esos voluntarios no faltarán. ¡Cincuenta nada más! Estamos seguros que se van a ofrecer más, como expresión del espíritu de solidaridad de nuestro pueblo con un pueblo amigo que está, peor que nosotros...”

“...Claro hoy podemos mandar 50, dentro de 8 o 10 años no se sabe cuántos, y a nuestros pueblos hermanos podremos darle ayuda; porque cada año que pase tendremos más médicos, y cada año que pase más estudiantes ingresarán en la Escuela de Medicina; porque la Revolución tiene derecho a recoger lo que siembra y tiene derecho a recoger los frutos que ha sembrado...”

Fidel Castro Ruz.

Acto de Inauguración Facultad de Ciencias Médicas, Victoria de Girón.(5)

Se considera entonces la fecha de inicio de la Colaboración Médica Internacional Cubana con brigadas permanentes, el 23 de Mayo de 1963, con el envío de la primera brigada a Argelia, compuesta por 55 colaboradores, para brindar sus servicios por un año. Aquí queda claramente expuesto el principio del internacionalismo en salud, de la solidaridad internacional del sistema cubano de salud pública y su fundamento ético, profundamente humanista, no como diplomacia médica, no como vehículo de difusión de una doctrina política y no como incentivo de relaciones comerciales o venta de servicios. (2)

Durante estos 43 años, el número de colaboradores y de países donde se brinda la ayuda se ha incrementado, se gana en experiencia y se mejora cada día más la calidad en la atención, diversificándose la cooperación médica en la mayoría de los campos de la salud y sobre todo en el área docente donde paulatinamente se han abierto mayor número de facultades médicas en el exterior, y de la misma manera se ha comportado el número de estudiantes extranjeros en Cuba, graduándose hasta la fecha un total de 8 449 estudiantes en las carreras de Medicina, Estomatología, Licenciatura en Enfermería y Técnicos de la Salud de más de 100 países. (6)

En este período un total de 104 437 colaboradores han brindado su ayuda en 101 países agrupados por continentes de la siguiente forma:

1. África: 36 países con 34 008 colaboradores.
2. América: 37 países con 62 134 colaboradores.
3. Euro-Asia y Medio Oriente: 28 países con 8 295 colaboradores. (7)

En todos estos países, la colaboración médica se mantuvo y mantiene en forma totalmente desinteresada. Cuba representa con ello un precedente sin paralelo en la historia de las Relaciones Internacionales, si se toma en cuenta que nuestro país aún no ha alcanzado un completo desarrollo económico. (8)

Este incremento sostenido de la colaboración médica en general y la docente en lo particular fue posible también por el desarrollo y fortalecimiento que fue adquiriendo el Sistema Nacional de Salud. Es de señalar que de 3 mil médicos en los primeros años de la revolución, hoy existen más de 70 mil, de ellos 33 769 son MGI y de una sola Facultad de Medicina que pertenecía a la Universidad de la Habana, hoy llegamos a 22 Facultades de Medicina incluyendo la ELAM. Y no solo las provincias tienen sus escuelas, sino también los propios municipios, tienen sus sedes universitarias, pues la universalización de la enseñanza ha permitido que prácticamente el país completo hoy sea una universidad.

Para hacer una síntesis de las actividades realizadas por la Salud Pública cubana en el plano internacional hemos agrupado las mismas de la siguiente manera:

1. Ayuda médica ante catástrofes naturales.
2. Ayuda médica solicitada en confrontaciones militares.
3. Ayuda médica asistencial a países del tercer mundo.
4. Asistencia técnica compensada.
5. Formación de recursos humanos. (8)

La colaboración médica ha evolucionado, pasando por diferentes etapas que han estado condicionadas por factores externos y/o internos del contexto nacional.

En las décadas de los 70 y 80 la modalidad fundamental de colaboración existente era la de Misión Internacionalista, aunque es de señalar que a finales de los 80 se inició la Cooperación Compensada en países como Libia, Kuwait y Argelia, así como la modalidad de Organismos Internacionales pero estas con muy pocos colaboradores.

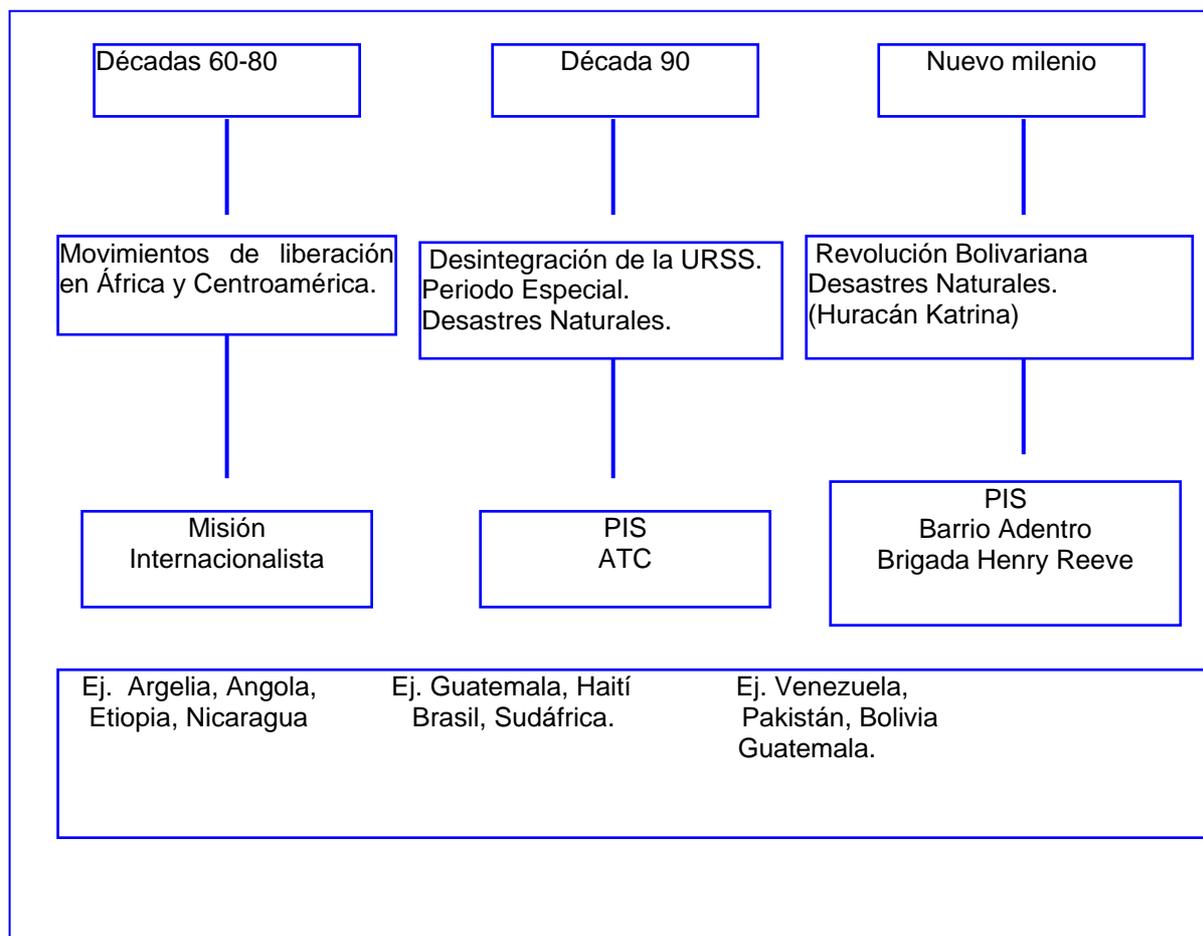
La modalidad de Misión Internacionalista fue potencializada por los diferentes movimientos de liberación que se desarrollaron en África y Centroamérica vistos estos, como factores externos. Ejemplos de países con colaboración en estos años fueron Argelia, Angola, Etiopía y Nicaragua. (7,9)

La década de los años 90, estuvo marcada por eventos externos e internos, dentro de ellos la desintegración de la URSS, la desaparición del campo socialista, el inicio del período especial, y la ocurrencia de desastres naturales en el área de Centroamérica y el Caribe con los huracanes George y Mitch que repercutieron en la evolución y modificación de la colaboración médica. Primero desarrollándose e incrementándose la modalidad de Contrato Directo durante casi toda la década hasta que al final del período, surge el Programa Integral de Salud. Ejemplos de este período fueron Brasil y Sudáfrica en el primer caso y Honduras, Guatemala, Haití, Gambia y Guinea Ecuatorial en el segundo. (Ver anexos. Tablas 1, 2, 3,4 y 5). (10)

En el nuevo milenio, el impulso y desarrollo de la Revolución Bolivariana en Venezuela, se convierte en un factor externo que propicia la aparición del programa Barrio Adentro, modalidad más avanzada y completa (en términos de servicios brindados dentro de un país), actualmente como expresión de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA). (7)

Más recientemente el azote del huracán Katrina por los territorios de Lousiana, Mississippi y Alabama en Estados Unidos el 25 de Agosto del 2005, propició la creación del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias "Henry Revé", por iniciativa del Comandante en jefe Fidel Castro Ruz. (11, 12).

La evolución histórica por décadas se resume en el siguiente esquema:



El breve recuento de la colaboración cubana hecho hasta aquí, se ha basado además sobre la solidaridad, soberanía, la equidad, el fomento de las capacidades y conocimientos nacionales en materia de salud y la sostenibilidad, principios fundamentales de la cooperación técnica, como quedó expresado en la Reunión de Ministros de Salud de Ibero América en la Habana los días 18 y 19 de octubre de 1999. (13)

Toda la panorámica y el resumen histórico antes señalado ha ocasionado la necesaria evolución, perfeccionamiento y desarrollo de los objetivos o líneas de trabajo de la colaboración médica. En los inicios, la ayuda se basaba esencialmente en la asistencia médica. Posteriormente se realizaron diferentes actividades encaminadas a la capacitación y formación de recursos humanos y actualmente la asistencia médica *per se* no es el elemento fundamental de la misma, pues esta actividad ha estado ganando espacios cada vez más importantes dentro de ella, combinándose o integrándose a la labor asistencial

mediante el desarrollo de Facultades de Medicina, la capacitación a líderes de la comunidad (formales e informales), la formación de técnicos, las asesorías en diferentes Ministerios de Salud, entre otras.

La voluntad por garantizar la continuidad y el perfeccionamiento de las acciones realizadas hasta el momento, son los pilares básicos del éxito de esta hermosa tarea. Los países que reciben la ayuda reflejan mejores indicadores de salud que se pueden considerar como resultados de estos esfuerzos.

Por ejemplo, en estos años de colaboración en el Programa Integral de Salud, se han realizado un total de 73 236 841 consultas médicas, de ellas vistos en terreno 15 350 108 pacientes, 18 503 034 consultas de pediatría, 662 301 partos realizados, 1 968 782 intervenciones quirúrgicas, reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna. Resaltando países como Guatemala que a la llegada de la brigada presentaba una tasa de Mortalidad Infantil de 45 x 1000 NV y durante este período se redujo a 16 x 1000 NV en el área atendida por la colaboración médica, en Gambia de 121 x 1000 NV a 40,6 x 1000 NV, también la reducción de las tasas de Mortalidad Materna, ejemplos Haití de 457 x 10 000 NV a 285 x 10 000 NV, Ghana de 214 x 10 000 NV a 43 x 10 000 NV.

Otro resultado relevante es la participación de 534 305 personas en las diferentes actividades de capacitación y formación de recursos humanos, de ellos, 220 729 participaron en cursos y adiestramientos, 895 son auxiliares técnicos graduados, 1 054 técnicos formados y 304 profesionales de la salud y de ellos 278 son médicos. (7,14)

Durante los 43 años de historia de la colaboración ha existido una importante contribución en la formación de recursos humanos y el desarrollo de la docencia médica con la apertura de 11 escuelas de medicina en el exterior con personal cubano, la primera fue en Yemen del Sur en 1975, Guyana 1984, Jimma (Etiopia) 1984, Guinea Bissau 1986, Mbarara (Uganda) 1988, Thamale (Ghana) 1991, Huambo (Luanda) 1992, Gambia 2000, Guinea Ecuatorial 2000, Haití 2001, Eritrea 2003. (6, 7).

Al mismo tiempo la formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en los sectores sociales y sanitarios constituyen un componente preciso para el desarrollo sostenible de la sociedad en este caso la formación y capacitación de los mismos son factores esenciales para garantizar su propia sostenibilidad. (13)

En tanto, en la colaboración médica cubana, se entiende el término sostenibilidad como la posibilidad de que el país que recibe la colaboración, una vez que no cuente con la misma (por la imposibilidad de mantener la presencia de médicos cubanos de por vida) ya tenga personal de salud capacitado, entrenado y decenas de nuevos médicos formados que ocupen los lugares ,de los colaboradores cubanos y el pueblo pueda continuar contando con una buena asistencia médica.

Teniendo en cuenta este concepto y a pesar de todo lo expuesto con anterioridad, hay que reconocer que no se ha logrado la sostenibilidad de la colaboración médica cubana en todos estos años, aún cuando ha significado una ayuda imperecedera para los pueblos del tercer mundo, salvando miles de vidas y brindando felicidad y seguridad a millones de personas (15, 16, 17).

Y precisamente, este es uno de los principios básicos por lo cual el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, propone y crea la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) (19).

La apertura e inicio de la ELAM el 27 de Febrero de 1999, fue la alternativa diseñada para lograr la continuidad del Programa Integral de Salud o sea como complemento y sostenibilidad del mismo. (18). Pues serán en el futuro los médicos de esos países que presten servicios a sus propias poblaciones.

La escuela tiene la misión de formar médicos de elevado nivel científico-técnico, en los que predomine la ética médica y el humanismo, los conceptos de la solidaridad humana, el internacionalismo y la integración.

Y lo más importante habrá de ser su consagración total al más noble y humano de los oficios: salvar vidas y preservar la salud. Más que médicos serán guardianes de lo más preciado del ser humano; apóstoles y creadores de un mundo más humano (19).

A esta institución ingresan estudiantes de las regiones más postergadas, de familias humildes y de diferentes grupos étnicos, dotados al egresar de una buena formación desde el punto de vista científico, capaces, competentes, con una inclinación hacia la atención primaria de salud y grandes valores humanos. (20). La escuela cuenta en el curso 2005-2006 con una matrícula de 12 016 estudiantes distribuidos en los 6 años de carrera, en cada curso entran entre 1500 – 1700 estudiantes nuevos, en estos momentos hay representación de 28 países y más de 101 etnias. En Septiembre del 2005, se efectuó la primera graduación con

un total de 1 610 estudiantes, de estos 600 están haciendo su especialidad en el país. (21, 22)

Aunque lo relacionado con la ELAM constituye una valiosa alternativa de solución al problema que representa el déficit de recursos humanos en América Latina, esta no es la solución definitiva al mismo, por el número insuficiente que aún se gradúa en comparación con las necesidades existentes además de otros factores multicausales de este fenómeno, voluntad política, condiciones socioeconómicas, etc.

En África esta situación es diferente, la crisis es mayor y a pesar de los esfuerzos realizados por la colaboración médica desde sus inicios en este continente, la demanda supera con creces la necesidad, a pesar de los resultados alcanzados.

Es un hecho ampliamente conocido que en estos momentos existe una crisis de personal sanitario que afecta a todo el mundo en desarrollo. Esta crisis se caracteriza por la escasez y mala distribución de los agentes de salud calificados, problema imputable a los altos niveles de deserción que se deben a su vez, entre otras cosas a: cambios voluntarios de ocupación, emigración desde los países pobres a otros países más ricos; el déficit en formación de estos agentes (en parte atribuible a una escasez de candidatos con el nivel de estudios general requerido para iniciar una formación previa al empleo) y cierta tendencia a concentrar los esfuerzos de capacitación en funcionarios de nivel superior con proyección internacional constituye otra arista del problema. (23)

Los especialistas en recursos humanos coinciden hoy en que esta crisis sólo se aliviará si se adoptan soluciones sistémicas como las siguientes: una mejora sustancial del conjunto básico de remuneraciones y prestaciones; una expansión de las iniciativas de formación previa al empleo; la descentralización de algunos aspectos de la gestión del personal; la implantación de un programa de capacitación de administradores centrado en la supervisión de apoyo; y una protección adecuada del personal contra el riesgo de exposición ocupacional a la infección por el VIH (23).

Ante este fenómeno Organismos Internacionales como la Organización Panamericana para la Salud se ha proyectado, expresando “la demanda creciente por formación de recursos humanos en salud pública, puede encontrar soluciones innovadoras y de gran impacto con la

adopción masiva de educación a distancia y del aprendizaje en red en nuestros sistemas de salud". (24)

En la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2004, se reconoció y trató el tema de la migración internacional de personal sanitario como un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo, instando a los países miembros a:

1. Desarrollar estrategias encaminadas a mitigar los esfuerzos adversos de la migración del personal sanitario y a reducir al mínimo sus repercusiones negativas en los sistemas de salud.
2. Formular y aplicar políticas y estrategias que fomenten la retención efectiva del personal sanitario, incluidos entre otras cosas el fortalecimiento de los recursos humanos para la planificación y gestión sanitaria, la revisión de los salarios y la aplicación de los sistemas de incentivos.
3. Concertar acuerdos entre gobiernos a fin de poner en marcha programas de intercambio de personal sanitario como mecanismo para controlar la migración.
4. Establecer mecanismos para mitigar los efectos adversos de las pérdidas de personal sanitario en los países en desarrollo debidas a la migración, con inclusión de medios para que los países receptores apoyen al fortalecimiento de los sistemas de salud, en particular el desarrollo de los recursos humanos, en los países de origen. (25)

La escasez de personal sanitario es el aspecto más visible de la crisis de recursos humanos, visto como un fenómeno global, la OMS en el Informe sobre la salud en el mundo 2006- Colaboremos por la salud, presenta una evaluación realizada por expertos sobre esta crisis, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema. Según las estimaciones, existe un déficit de casi 4.3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo. En una evaluación por continentes se aprecia que la región de las Américas (incluidos Canadá y Estados Unidos) soporta solo el 10 % de la carga global de enfermedad, contiene el 37 % de trabajadores de la salud del mundo (24,8 por cada 1000 habitantes) e invierte mas del 50 % del financiamiento mundial en salud, en cambio África sufre más del 24 % de la carga global de enfermedad, con acceso al 3 % de trabajadores de la salud mundial (densidad de 2.3 trabajadores de la salud por cada 1000 habitantes) y

utiliza menos del 1 % del financiamiento mundial en salud. Expone además, que el serio déficit de trabajadores de la salud es crítico en 57 países, de estos 36 son parte de África Subsahariana (26).

A continuación algunos ejemplos: en el caso de Zimbabwe, de los 1 200 médicos formados en los años 90, solo 260 seguían ejerciendo en el país en el 2001. Ghana perdió a 328 enfermeros en 1999, lo que equivalía a su producción anual de estos agentes de salud. Más de la mitad de los profesionales sanitarios de Zimbabwe, Ghana y Sudáfrica están pensando a emigrar a otros países. Al mismo tiempo 35 000 enfermeros sudafricanos no están empleados en el sector sanitario y dos terceras partes del personal sanitario de Swazilandia trabajan en el sector privado (23)

Aunque el propósito principal inicial de la colaboración médica cubana no fue la formación de recursos humanos, el desarrollo alcanzado por la misma en estos 43 años enriquecido con los resultados docentes de las 11 facultades creadas por Cuba en estos países, la experiencia del PIS en la capacitación y adiestramiento de personal paramédico teniendo como elemento central al especialista en Medicina General Integral, unido al trabajo que se ejecuta actualmente en Venezuela en la docencia y las infinitas posibilidades que nos brindan los medios audiovisuales y la computación en estos tiempos, han permitido que la ayuda brindada vaya más allá de la asistencia médica o el trabajo en las facultades docentes, sino en un apoyo más completo y global para los gobiernos que reciben esta ayuda estando a la altura del desafío que enfrenta el mundo actualmente en la temática de la crisis en el personal sanitario.

En África específicamente la colaboración médica esta presente desde la década de los 60, las modalidades han transitado desde la Misión Internacionalista hasta el Programa Integral de Salud, nueve de las escuelas de medicina creadas están en el continente, sin embargo estos esfuerzos han sido insuficientes, la situación de la salud esta muy deteriorada evidenciado por los indicadores que presenta, los Sistemas de Salud están muy debilitados inmersos en una crisis de recursos humanos sin precedentes lo que conduce a una crisis sanitaria, este continente alberga al 14 % de la población mundial, soporta el 25 % de la carga de enfermedad, tiene apenas el 1.3% del total mundial de trabajadores de la salud, se necesitan al menos 2.5 trabajadores de la salud por cada 10 mil habitantes para que sean

alcanzados los Objetivos de Desarrollo del Milenio, África necesita urgentemente 1 millón de trabajadores adicionales para obtener resultados significativos. (27)

Un ejemplo de lo anterior es Guinea Bissau, uno de los países más pobres de este continente, los elementos de crisis económica y social son muy marcados, la esperanza de vida al nacer es de 47 años, la tasa de mortalidad infantil de 213 x 1000 NV, la tasa de analfabetismo es de 65 %. Este panorama social no se ha modificado durante el decenio. Además en este país la ayuda cubana en el campo de la salud esta presente desde 1975, en 1986 se inauguró una Escuela de Medicina con personal cubano, y su primera graduación de 23 médicos guineanos se realizó en 1992 (28).

Por tal motivo nos preguntamos ¿Como puede la colaboración médica cubana, dada la experiencia acumulada en la formación de recursos humanos en salud contribuir a la solución de este problema?

¿Que alternativas de solución pudieran aplicarse para minimizar el mismo?

Con este estudio se aborda el problema de la formación de los recursos humanos en este país, en lo que a la sostenibilidad de la colaboración médica cubana se refiere, haciendo énfasis en las posibles estrategias que garanticen la misma y cuyos resultados tributarán a la búsqueda de soluciones a la crisis de personal sanitario.

Aún cuando sabemos el reto que esto significa y los muchos factores que inciden en este déficit, ya desde hace varios años planteados reiteradamente por diferentes países en la Asamblea Mundial de la Salud y que la propia OMS ha tomado como bandera para enfrentarlo, pero sin propuestas concretas de verdadera solución, aunque si tratando de influir positivamente en algunos de los factores que inciden en ello y Cuba que desde hace muchos años ha priorizado la formación de capital humano, aún con todas las limitaciones económicas y restricciones contra las cuales ha luchado, tiene ya una vasta y rica experiencia al punto que hoy la principal riqueza del país, es precisamente el capital humano. Y todo lo pone en función de ayudar a otros países, con un nuevo método de formación, que a través de la colaboración médica, puede dar una respuesta efectiva y real a ese gigantesco déficit de médicos y otros profesionales de la salud, existentes en los países del tercer mundo y fundamentalmente en África.

Nuestro trabajo tendrá de base lo anterior para proyectarnos en una propuesta objetiva en las condiciones reales de Guinea Bissau siempre contando con la decisión y voluntad política del gobierno de ese país.

Objetivo General.

1. Proponer la aplicación del nuevo modelo de formación de Recursos Humanos en salud en el contexto de Guinea Bissau como solución al déficit de los mismos.

Objetivos Específicos.

2. Describir la evolución de la colaboración médica cubana en general y la formación de recursos humanos dentro y fuera del país.
3. Determinar las características de la colaboración médica cubana en Guinea Bissau haciendo énfasis en la formación de Recursos Humanos en medicina.
4. Describir las características fundamentales de las nuevas experiencias en la formación de los recursos humanos en medicina, en el contexto nacional y de la colaboración médica.
5. Instrumentar el nuevo modelo de formación de recursos humanos en medicina en las condiciones de Guinea Bissau.

Diseño Metodológico.

Se realiza una investigación cualitativa documental durante el periodo comprendido entre 1963 con el inicio de la colaboración médica cubana hasta la actualidad (primer cuatrimestre del 2006) cuyo propósito fundamental es proporcionar elementos que permitan el perfeccionamiento de la colaboración médica cubana en cuanto a la formación de Recursos Humanos en medicina, a fin de que los países vayan asumiendo su propia formación masiva, acelerada y con la calidad requerida concretado en este caso en Guinea Bissau.

Para el desarrollo del objetivo No 1, se realizó un análisis documental de la colaboración médica cubana en general dentro y fuera del país y como se ha desarrollado a través de ella la formación de Recursos Humanos haciendo una división por décadas para facilitar su mejor comprensión. Se profundizó en la experiencia cubana actual en el desarrollo del nuevo programa de formación de recursos humanos a partir del policlínico universitario, el programa de formación de recursos humanos en la comunidad puesto en práctica por la colaboración medica cubana con el programa Barrio Adentro en Venezuela y el recientemente implementado programa de formación de médicos latinoamericanos en Cuba.

Las categorías de análisis a tener en cuenta fueron:

1. Tiempo y Tipo de misión.
2. Número de Colaboradores.
3. Formación académica de pre y postgrado.
4. Centros formadores de Recursos Humanos en salud.

Las fuentes de información utilizadas fueron:

1. Documentos rectores del proceso de la colaboración médica cubana.
2. Los informes escritos relacionados con los resultados de la colaboración médica cubana archivados en el MINSAP.
3. Documentos no publicados presentados en reuniones, forum, simposios, tanto nacionales como internacionales, entre otros.
4. Entrevistas a profundidad realizadas a factores de la Colaboración Médica en el país.

Para el objetivo número dos se analizaron documentos específicos de la colaboración médica cubana en Guinea Bissau. Se revisaron además los documentos que existen en el

país relacionados con el objeto de estudio, así como las publicaciones relacionadas con los resultados de la colaboración, entre otros.

Para el objetivo número tres, se analizaron las experiencias cubanas actuales en el desarrollo del nuevo programa de formación de recursos humanos, a partir de el policlínico universitario, el programa de formación de recursos humanos en la comunidad, puesto en práctica por la colaboración médica cubana con el Programa Barrio Adentro en Venezuela y el recientemente implementado programa de formación de médicos latinoamericanos en Cuba.

Finalmente para dar cumplimiento al objetivo número cuatro, se tuvo en cuenta los resultados de los objetivos 1,2 y 3 y se tomaron las experiencias susceptibles de ser aplicadas o ajustadas a Guinea Bissau, atendiendo al contexto sociodemográfico, cultural y político del país. Se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal que se consideró necesario para completar la información obtenida.

Se propone instrumentar el nuevo modelo de formación de Recursos Humanos para que sea valorada su aplicación en Guinea Bissau y que en un principio garantice la sostenibilidad de la colaboración médica cubana en el país como prueba piloto para ser valorada, ajustada y finalmente extendida al resto del continente africano.

Los resultados en su mayoría fueron sometidos al análisis de contenido correspondiente y se presentaron en relación al tipo de estudio realizado, por lo que en su mayoría aparecen en forma discursiva según las categorías seleccionadas para el análisis. Se utilizarán también porcentajes, cuadros y gráficos estadísticos que resumen el comportamiento de algunas variables seleccionadas para el estudio auxiliándonos del paquete de programas de Microsoft Excel 2002, para los textos se utilizó el Microsoft Word 2002 ambos de Microsoft Office 2002. A pesar de habernos propuesto la revisión de documentos rectores relacionados con el nuevo modelo de formación de los recursos humanos en salud y específicamente los relacionados con la formación de médicos, creemos oportuno destacar, que a pesar del desarrollo y la experiencia acumulada tanto nacional como internacionalmente, no existen aún, documentos regulatorios y normativos suficientes que permitan establecer una metodología uniforme que guíe y evalúe esta actividad. En la búsqueda de nuestra

investigación muchos de ellos están en proceso de confección y aprobación de los niveles correspondientes.

Análisis y Discusión de los Resultados.

Evolución de la colaboración médica cubana en general y la formación de recursos humanos dentro y fuera del país.

La década de los 60 marca el inicio de la colaboración en el campo de la medicina en países africanos. Esta ayuda se caracterizó por brigadas pequeñas de 50 a 60 colaboradores (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) en la modalidad de misión internacionalista, totalmente voluntaria y gratuita, desarrollando sus actividades en los lugares en que los ministerios de salud del país receptor lo considerara necesario.

Esta primera etapa constituyó un gran reto para los colaboradores y el ministerio de salud cubano, el cual enfrentaba el éxodo masivo de médicos que se produjo al triunfo de la revolución y las nuevas estrategias de trabajo que se trazaban. El comandante en jefe Fidel Castro Ruz en el acto de inauguración del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" comentó:

...." Nuestro país muy pronto, muy pronto, y podemos proclamarlo con orgullo, tendrá mayor numero de técnicos que ningún país de América Latina y nuestras universidades irán creciendo y los estudiantes de nuestras universidades se contarán por decenas y decenas de miles y nuestros cuerpos de profesores serán cada vez mas experimentados. Los años pasan y pasan rápidamente y el esfuerzo de la revolución tiene cada vez resultados más elocuentes"..... (5)

Como ya hemos señalado, el envío de la primera brigada permanente médica a Argelia en 1963 marcó el inicio del internacionalismo en el campo de la salud, después de la primera brigada emergente enviada a Chile por un terremoto en 1960. En la celebración del XXXV Aniversario de aquel suceso en el año 1998, algunos de los miembros de esta primera brigada tuvieron la oportunidad de reunirse y conversar, recordando anécdotas y realizando un balance de los elementos positivos y negativos de esta misión. (1)

El primer gran problema identificado por ellos fue: El idioma, obligándolos a estudiar no solo el francés sino el árabe, viéndose precisados a confeccionar por ellos mismos manuales de conversación y diccionarios para llevar a cabo la tarea con la calidad requerida.

Los beneficios fueron mutuos tanto para el pueblo argelino que la recibió, como para los integrantes de la brigada, aprendiendo sus costumbres y su historia, la experiencia práctica e individual de vivir con personas ajenas a la familia que reforzó e inculcó más el sentimiento de solidaridad y satisfacción del deber cumplido, marcaron el inicio de la colaboración y que se ha mantenido a lo largo de estos 43 años de historia. (1)

En entrevista con el *Dr. Eberto Cue Reyes*, miembro de esta primera brigada nos comenta:

“La brigada estaba constituida por 28 médicos, 4 estomatólogos, 15 enfermeros (de ellos 6 mujeres) y 8 técnicos.

Las especialidades eran: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Pediatría, Oftalmología, ORL y Anestesiología.

Las principales dificultades encontradas fueron:

- 1. En primer lugar, el proceso de preparación previa antes de nuestra salida, prácticamente no existió, fue muy limitado, no había una estructura adecuada, para cumplimentarlo.*
- 2. El trabajo en el país fue difícil por ser la primera experiencia que teníamos todos del internacionalismo. Además era un país árabe, musulmán, que hacía menos de un año que se había liberado del colonialismo francés, con hábitos y costumbres culturales distintas a la nuestra y además debíamos aprender otro idioma, pues primaba el árabe y un poco de francés y dialectos berebere. Existía además en la mayoría de los hospitales escasez de equipos, instrumentales, materiales quirúrgicos y medicamentos”.*

Refiriéndose a los aspectos más importantes e impactantes en el periodo como colaborador, refiere:

“Para mi esa primera misión médica tuvo cuatro experiencias inolvidables que aún recuerdo a pesar de haber pasado 42 años: humana, política, cultural y científica, La primera porque sentíamos la inmensa necesidad que tenía ese pueblo de recibir la ayuda medica humanitaria, la segunda nos permitía comprender mejor que y como era el colonialismo, tercera ampliaba nuestro acerbo cultural, porque veíamos y compartíamos con una civilización distinta y por ultimo la científica pues te encontrabas con situaciones y con patologías que no existían en Cuba y debías resolverlas”.

En estos años iniciales también la ayuda cubana estuvo en: Guinea Conakry y Tanzania, con un total de 398 colaboradores. Estas brigadas fueron clasificadas como Misiones Internacionalistas con una duración de 1 año en sus inicios y posteriormente la permanencia fue por dos años.

Durante este período, el trabajo realizado por las brigadas médicas fue puramente asistencial, pero se registra el mes de Noviembre de 1963 como la fecha en que se realiza la primera asesoría docente por el Dr. Reinaldo de la Nuez García (estomatólogo) al ser designado para la Cátedra de Ortodoncia de la Escuela de Estomatología de la Universidad de Argel. (1)

Mientras tanto en Cuba comenzaron a formarse los primeros profesionales de la salud, en este periodo fueron 45 médicos y 5 estomatólogos (6).

Década de los 70, durante esta etapa se incrementa la colaboración, dirigida básicamente a países de África, América, Medio Oriente y Asia, mediante la firma de convenios intergubernamentales en la modalidad de misión internacionalista que ya se estaba desarrollando.

Este período se resume con el desarrollo de la colaboración en 22 países con una cifra de 7023 colaboradores de la salud. La atención y selección de los colaboradores, se realizaba en el Comité Estatal de la Colaboración Económica (CECE) el cual en el año 1992 pasa a ser el Ministerio para Inversión Extranjera y la Colaboración Económica (MINVEC). (7).

Se mantuvo la colaboración con Argelia, Guinea Conakry y Tanzania y se amplió a otros países africanos como: Angola, Etiopía, Mozambique, Guinea Bissau. Además comenzó la colaboración con países de Centroamérica y el Caribe, dentro de ellos Nicaragua, Guyana y Jamaica.

La extensión de la colaboración llegó a países de Asia y Medio Oriente como Irak, Viet Nam y Yemen. O sea que la colaboración se extendió por los principales continentes del mundo, excepto Europa. Hubo dos países que a finales de la década incrementaron rápidamente el número de colaboradores que fueron Angola y Etiopía. (7)

En entrevista al Dr. Jaime Davis Wright miembro y coordinador de la primera brigada médica en Jamaica en el año 1975 nos comenta:

“La brigada estaba compuesta de 14 colaboradores, fuimos ubicados en la región Wetmoreland que se encuentra al noreste de la isla, en el Hospital Savanna La Mar. Al cabo de tres meses que nos entregaron la dirección del Hospital organizamos la atención primaria a través de una red de consultas en Policlínicos en el área de atracción del hospital y le dimos cobertura médica a las brigadas de la construcción de Cuba en Falmouth que se encuentra a unos 80 Km. , con una consulta semanal. Durante nuestra estancia se

comenzaron en ese hospital intervenciones de cirugía mayor Toraco-Abdominales que hasta nuestro arribo eran enviadas a Kingston.

Fue muy importante vivir este momento, porque fue Jamaica junto a otros dos países caribeños los que rompieron el bloqueo de las relaciones de los países del área, a riesgo de las críticas del imperio. Gracias a la labor desarrollada, pudimos ganarnos el prestigio entre la población y los colegas. El comandante en Jefe nos visita y felicitó por la labor que realizábamos”.

Este mismo doctor tuvo a su cargo la apertura en el año 1977 de la Misión Médica en Etiopía, al respecto refiere:

“Llegamos a contar con 630 colaboradores, en los inicios el 40 % de sus integrantes pertenecían a los Servicios Médicos de las FAR. Esta fue una de las experiencias más importantes de mi vida, el hecho de laborar en un país en guerra como civil, cumpliendo a la vez las misiones que la jefatura de retaguardia de las FAR, nos asignaba. Fue una brigada docente asistencial y que a pesar de las condiciones aportó lo mejor de cada uno de sus integrantes, constatado al recibir el reconocimiento de este hermano pueblo y de nuestro máximo líder de la revolución.”

La colaboración docente propiamente dicha en esta etapa se inicia en 1975 en Adén capital entonces de Yemen del Sur, con la apertura de la 1era Escuela de Medicina con asesoría cubana, con una estrategia de formación no sólo de profesionales de la salud yemenita, sino la de contribuir a formar sus propios recursos docentes (profesores y Auxiliares Técnicos Docentes), asesoramiento en la confección y conducción de los planes y programas de estudios. En el propio año 1975 viajan a Cuba los primeros profesionales y técnicos a recibir adiestramientos como Auxiliares Técnicos Docentes (ATD), y la formación en Ciencias Básicas de los primeros profesores (29).

En Cuba, continuó la formación de médicos y estomatólogos y en esta década fueron 245 y 35 respectivamente, procedentes de países pobres y amigos, además del inicio en la formación de técnicos de la salud y enfermeras, dado por el soporte docente del país, por los Institutos superiores de Ciencias Médicas creados desde la década anterior (Victoria de Girón, Santiago de Cuba y Villa Clara) y las nuevas escuelas de medicina y escuelas politécnicas (6).

Década de los 80, continúa la colaboración médica desarrollándose, a través de la misión internacionalista y apareció una nueva modalidad: La Asistencia Técnica Compensada, en la que el colaborador está contratado por el país receptor de la ayuda y recibe un salario y

remesa un por ciento a Cuba, esto previamente suscrito en los acuerdos intergubernamentales, iniciándose en Libia, Kuwait y Argelia, países que por contar con recursos financieros suficientes podían recibir esta colaboración de forma compensada.

Durante este período la colaboración médica presentó un franco aumento en número de colaboradores y países, en el continente africano hubo un total de 13 533 colaboradores, los más representativos eran Angola, Etiopía y Libia (que ya eran los de mayor número en la década anterior), en América 4 286 fundamentalmente en Nicaragua, en Asia y Medio Oriente 3 618 el más representativo fue Irak. Este periodo concluye con un total de 21 489 colaboradores. (7,30)

En entrevista realizada con el Dr. Ricardo Bagarotti Yturriaga, que cumplió misión en Nicaragua como jefe de la brigada médica en el período de tiempo comprendido entre Julio de 1985 a Agosto de 1987, nos refiere:

“La Brigada que dirigía era de 60 colaboradores, desempeñando funciones asistenciales, docentes y de asesorías, lo más impactante durante este periodo fue realizar una mejor organización de la atención médica a los heridos de guerra con los mejores resultados obtenidos según indicadores analizados en un periodo de 5 años de guerra irregular expresados en los documentos de la I Conferencia Científica del Ejército Popular Sandinista realizada en 1986”.

“La principal experiencia fue constatar en lo personal el agradecimiento de las autoridades de salud, es decir del gobierno y de todo su pueblo por el trabajo que nuestros colaboradores desempeñaban en ese hermano país y enfrentarnos al aseguramiento medico con una gran limitación de recursos materiales, humanos y de todo tipo, constatándose a pesar de todo un avance progresivo de los mismos”.

Esta época fue considerada la de mayor auge y actividad en la modalidad de colaboración docente. Se lleva a efecto la primera experiencia cubana relacionada, entre otros, con un cambio de escenario docente en la formación de los médicos, los estudiantes cursan el 6to año de la carrera de medicina (llamado internado) en el exterior. En septiembre de 1982, se inició en Nicaragua con la presencia de 107 internos cubanos, además se colaboró en el asesoramiento de un nuevo Plan de Estudio en la Facultad de Medicina de León y se trabajó directamente en la puesta en marcha de una nueva Facultad en Managua. (30)

La implementación y desarrollo de esta modalidad en Nicaragua y sus excelentes resultados, hicieron posible que esta forma de cooperación se instrumentara en otros países como en

África, (Etiopía, Guinea Bissau y Angola), aunque con particularidades y objetivos diferentes. Estos cambios constituyeron sin lugar a dudas, una valiosa contribución a la colaboración médica y en la formación de los futuros profesionales.

En Etiopía, la formación de recursos humanos en Jimma, provincia de Kaffa, en el centro del país, se inicia en 1983 en la Escuela de Formación de Auxiliares de Enfermería. En este mismo año se enviaron los primeros internos inicialmente 8 y después 10 con sus respectivos profesores, además se trabajó intensamente en la parte constructiva de la Escuela de Medicina que en 1985 iniciaría la formación pre-médica con profesores cubanos de Ciencias Básicas. En este mismo año 1985 se envían 20 estudiantes internos oriundos de Etiopía que se formaban en nuestras universidades cubanas para cursar el internado en su propio país.

En la República Árabe Saharaui Democrática, se inicia el internado en el año 1984 con 10 estudiantes y sus profesores, con la presencia de internos y profesores cubanos en condiciones difíciles por la pobreza del país. Los internos y profesores compartían las mismas condiciones que el resto de los cooperantes cubanos. Es de señalar, que por lo difícil de la misión en el país, su duración se extendía solamente a 11 meses, momento en que se producía el relevo de la brigada.

En Angola, comienza el internado en 1984 con estudiantes procedentes del Instituto Superior Médico Militar. En este año se produce la reapertura de la Facultad de Medicina de Luanda, donde profesores cubanos participaron de forma directa en la docencia médica y como asesores del área metodológica. Además se inicia el estudio para la apertura de una Escuela de Medicina en Huambo.

En Guyana en 1983, se iniciaron los intercambios con el objetivo de asesorar la apertura de una Escuela de Medicina en el país. En los años 1984 y 1985 los internos guyaneses que cursaban estudios de medicina en Cuba se trasladaron a su país acompañados de profesores cubanos de las especialidades básicas para concluir su carrera al igual que los internos cubanos.

En Guinea Bissau en el año 1986 se inaugura la Escuela de Medicina "Raúl Díaz Argüelles" con profesores cubanos, iniciando el primer curso escolar con 30 estudiantes guineenses procedentes de la Facultad Preparatoria. Se inició el primer año con 6 profesores y 4

auxiliares técnicos docentes (ATD) de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas de Cuba. A éstos se suman los 4 profesores que integraron el grupo del área clínica con los internos cubanos y residentes cubanos (6,28).

En Uganda en 1987, se comenzaron los trabajos de asesoramiento para la apertura de la Facultad de Medicina en Mbarara, en abril de ese año en reunión conjunta de las autoridades cubanas y el Presidente de ese país se acordó iniciar los estudios para la apertura de una Facultad de Medicina en Mbarara. Dado que existía la experiencia de ayuda médica docente en la Facultad de Medicina de Makerere, hubo la decisión política de crear una Facultad de Medicina con la asesoría cubana cuyo objetivo era formar un profesional que sirviera a los intereses de la población ugandés no con ideas mercantiles. (6)

Paralelamente a ello, Cuba perfecciona la colaboración médica en general y contaba con un sólido subsistema de docencia médica compuesto por Institutos Superiores y Facultades de Medicina en todo el país donde se graduaron 1 210 médicos y 114 estomatólogos en su mayoría del Caribe y América Latina y sobre todo de África.

En esta época que analizamos y específicamente a partir del año 1986, se inicia en Cuba una nueva modalidad de formación de recursos humanos con financiamiento propio, sobre todo en la actividad de Postgrado, en la realización de cursos y entrenamientos principalmente desarrollados en el Instituto de Medicina Tropical (IPK), el Instituto de Desarrollo de la Salud hoy Escuela Nacional de Salud Pública. Esta actividad tuvo pleno desarrollo en la década de los 90 (6,7).

Década de los 90, se produjeron cambios profundos en la colaboración médica, originados en Cuba por situaciones específicas ocurridas en el contexto internacional y motivado en gran medida por el Periodo Especial atravesado por el país con la desaparición del campo socialista, la desintegración de la Unión Soviética en el año 1989 y al recrudecimiento del bloqueo impuesto por el gobierno de Estados Unidos, a principios y mediados de la década, lo que propició el máximo desarrollo de la colaboración compensada. Esta modalidad de Asistencia Técnica Compensada, presente en varios países tuvo su mayor representación en Brasil y Sudáfrica. Junto al importante valor político, contribuyó como una fuente alternativa de entrada de divisas al MINSAP con un plan de remesas que al final de la década llegó a ser superior a los 7 millones de USD por año. (7)

A pesar de la situación económica del país, no se afectó la ayuda a otros países ni se cancelaron los convenios establecidos, aunque se vio modificada y disminuida la colaboración por otras modalidades como el internacionalismo, hasta el año 1998 en que tras el azote de los Huracanes George y Mitch al área de Centroamérica y el Caribe, brigadas emergentes de forma inmediata salieron a brindar ayuda a Honduras el 3 de Noviembre de 1998, Guatemala el 5 de Noviembre de 1998, Nicaragua el 12 de Noviembre de 1998 y Haití el 4 de Diciembre de 1998. Posteriormente algunos de estos países solicitaron al gobierno cubano la permanencia de las brigadas médicas, apareciendo entonces una nueva modalidad de cooperación el 3 de Noviembre de 1998, el Programa Integral de Salud (PIS), constituyendo una de las páginas más hermosas escritas por los trabajadores de la salud en diferentes partes del mundo y cuyos principios generales son:

1. *Envío gratuito de colaboradores de la salud, especialmente Médicos Generales Integrales por un periodo de dos años.*
2. *Las brigadas médicas prestan sus servicios en zonas rurales donde su labor no interfiera con la de los galenos del país en cuestión, con previa presentación de la documentación que acredita el nivel profesional de los trabajadores de la salud que Cuba envía.*
4. *La atención se presta a toda la población sin distinción de raza, credo e ideología, sin mezclarse en los asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países donde laboran. (10,30,32,33,34,35,36,37)*

En esta modalidad existen 3 189 colaboradores en 29 países, que por continentes están distribuidos de la siguiente forma:

- i. América: 1 100
- ii. África: 1 922.
- iii. Asia y Oceanía: 167

Hasta Mayo del 2006 los principales resultados del trabajo relacionados con el Programa Integral de Salud han sido:

- Consultas médicas 73 236 841
- c. Visitas de terreno: 15 350 108
- d. Partos: 662 301
- f. Cesáreas: 80 212
- g. Intervenciones Quirúrgicas: 1 968 782
- h. Vidas salvadas: 1 399 648

Los datos anteriores hablan por si solos, si tenemos en cuenta que en general se trata de poblaciones donde la asistencia médica era inaccesible.

La actividad docente estuvo representada por la apertura de la facultad de medicina en Tamale (Ghana) en 1991. (7)

Mientras tanto, en Cuba continúa ininterrumpidamente la formación de estudiantes extranjeros terminando esta década con 923 graduados, de ellos 853 de la carrera de medicina, 64 de estomatología y 6 licenciados en estomatología. (6)

En el mes de Febrero de 1999 se crea la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) que complementa y sustenta al Programa Integral de Salud. La primera graduación se produce en Agosto del año 2005 con un total de 1 610 estudiantes, de estos 600 están haciendo la especialidad de MGI en Cuba. (6,22)

Década actual, del 2000 al 2006, con la entrada a un nuevo milenio, la colaboración médica continuó su accionar y desarrollo impetuoso que ya había adquirido a finales de los 90 y surgen nuevas modalidades de colaboración. Se mantienen la histórica Misión Internacionalista, la Asistencia Técnica Compensada, Organismos Económicos Internacionales y el Programa Integral de Salud que juega el rol protagónico en estos años, hasta el 16 de Abril del 2003 cuando surge un nuevo tipo de colaboración, con el envío de una brigada médica a Venezuela (esta tenía la característica de que todos sus integrantes eran compañeros de gran experiencia de misiones anteriores, fundamentalmente del PIS). Se inicia el programa Barrio Adentro, el cual constituye un innovador modelo de atención donde el médico esta en el centro de la comunidad y en la cual trabaja permanentemente y vive en las casas de los pacientes situadas en los lugares más pobres y olvidados. Comenzó primeramente en los cerros de Caracas, extendiéndose posteriormente hacia todo el país, lo cual ha constituido una de las bases para las transformaciones sociales que esta ejecutando la Revolución Bolivariana liderada por Hugo Chávez. Por el volumen de colaboradores que se enviaron, más de 10 mil en los primeros meses y mas de 20 mil en los dos primeros años, básicamente especialistas en Medicina General Integral ha significado un reto y desafío para el Ministerio de Salud Pública y sus instituciones, pues hubo que reorganizar el trabajo asistencial sobre todo a nivel de la Atención Primaria de Salud para que la misma no se afectara. (7, 38, 39, 40).

Los desastres ocasionados por el azote del huracán Katrina por los territorios de Lousiana, Mississippi y Alabama en Estados Unidos el 25 de Agosto del 2005 es el antecedente para que el 19 de Septiembre del 2005, en acto presidido por el Presidente de la República Fidel Castro Ruz se constituyera el Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias “Henry Reeve”, formado este por especialistas en MGI, otras especialidades médicas, enfermeras y tecnólogos de la salud, que además de su experiencia profesional, poseen conocimientos sólidos en epidemiología, enfermedades asociadas a catástrofes, idiomas y la preparación necesaria para trasladarse rápidamente por diversos medios al punto donde se necesite con urgencia. Este contingente apoya en casos de desastres naturales y en epidemias que constituyen desastres sociales como son el VIH SIDA y el dengue.(11, 12)

La colaboración docente se mantuvo muy activa en este periodo de tiempo y se continuaron creando Facultades de Medicina, esta vez en los países donde se desarrollaba el Programa Integral de Salud; surge la Facultad de Gambia en el año 2000, actualmente con una matricula de 104 estudiantes. Guinea Ecuatorial en el mismo año, con matricula de 149 estudiantes.

El caso de Haití en el 2001, que después de crearse y trabajar por 3 años, tuvo que cerrar en el 2003 por el conflicto armado que se produjo en dicho país.

La colaboración docente continuó con la Facultad creada en Eritrea en el 2003 con una matricula actual de 103 estudiantes. En general en estas escuelas existe una matricula de 356 estudiantes distribuidos en los 6 años de la carrera. Es de señalar que la mayoría del personal docente es cubano y que el Ministerio de Salud ha realizado un gran esfuerzo por mantener la presencia de los mismos de forma ininterrumpida desde la apertura de las mismas. (7, 30,32,34)

Por último se ha venido trabajando para la implementación de programas docentes especiales a través del nuevo modelo de formación en Guinea Bissau a partir de la reapertura de la Escuela de Medicina “ Raúl Díaz Argüelles” con una matricula de 97 estudiantes en primer año de la carrera y en Timor Leste, donde hoy tenemos 60 estudiantes.

Tabla No.1: Estudiantes de Medicina matriculados en las escuelas con colaboración docente cubana según años de la carrera. MINSAP. Curso 2005-2006.

PAÍS	1ER	2DO	3ER	4TO	5TO	TOTAL
Gambia	44	20	9	16	15	104
Guinea Ecuatorial	50	42	19	18	20	149
Eritrea	36	34	33	-	-	103
Timor Leste	60	-	-	-	-	60
Guinea Bissau	97	-	-	-	-	97
Total	287	96	61	34	35	513

Fuente: Archivos Unidad Central de Cooperación Médica.

Durante este periodo la primera facultad creada fue la de Guinea Ecuatorial el 17 de Octubre del año 2000 la cual culminó el proceso docente de su primer curso el 23 de Julio del 2001 luego de impartir los programas correspondientes al primer año de la carrera, dentro de los principales resultados que exhibe este centro están:

1. La contribución a la cultura de la Promoción de Salud y Prevención de las enfermedades en este país.
2. La contribución a la transformación de los servicios de salud para convertirlos en escenarios de formación del Plan de Estudios.
3. El haber organizado y ejecutado el intercambio de internos de los programas ELAM y facultad de medicina G. Ecuatorial.
4. El haber organizado la continuidad de estudios de Postgrados mediante la especialización para sus futuros egresados.
5. El hecho de que en este momento entre ambos programas estén próximos a graduarse 73 médicos guineanos, en Agosto del 2006, (20 de la facultad de G.

Ecuatorial y 53 del proyecto ELAM), cifra superior a los 59 que existían en este país en el momento de la llegada de la colaboración docente. (41)

En resumen podemos decir que desde el punto de vista docente en todos estos años el país graduó 8449 estudiantes extranjeros, mientras en el exterior los momentos fundamentales de la colaboración docente fueron:

1963	Surge la colaboración médica cubana con el envío de la primera brigada médica a Argelia y se brinda la primera asesoría docente en la Universidad de Argel.
1975	Se crea la primera facultad en el exterior, el 20 de Septiembre de 1975 en Adén. Hasta este momento aunque la colaboración médica había crecido ostensiblemente solo se había contribuido desde el punto de vista docente con asesorías, adiestramientos, capacitaciones, etc.
1998	El 3 de Noviembre surge el PIS y con ello un incremento de las actividades docentes. A través de este programa, incluso con la creación de nuevas facultades de medicina (Guinea Ecuatorial, Gambia, Haití y Eritrea)
1999	Creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina como complemento y sostenibilidad del PIS
2003	Comienza su funcionamiento la Facultad de Eritrea con la cual se llega a 11 las creadas por la colaboración médica cubana desde 1975.
2005	Surgimiento del nuevo modelo de formación a partir del Policlínico Universitario, programa Barrio adentro y formación de médicos latinoamericanos.

Características de la colaboración médica cubana en Guinea Bissau y la formación de Recursos Humanos en Medicina.

Guinea Bissau, país del África Occidental, presenta una población de 1.493 millones de habitantes, una tasa de crecimiento de la población de 2.9, esperanza de vida al nacer de 47 años para la población total (45 años para los hombres y de 48 para las mujeres), la mortalidad infantil es de 213 x 1000 NV, los años de vida sana perdidos al nacer para los hombres es de 6.1 y para las mujeres de 7.2, la tasa de analfabetismo de 65% y una escolarización del 35%. El gasto sanitario total como % del PBI es 6.3 y el gasto per cápita en salud de 38 USD por persona. (42,43)

Existe actualmente en este país 188 médicos, 1 037 personal de enfermería y 35 parteras, para índices de 0.12, 0.67 y 0.02 por mil habitantes, lo que demuestra el gran déficit de recursos humanos en salud que posee. (44)

Dentro de sus principales problemas de salud por grupos vulnerables encontramos:

Tabla No.2: Problemas de salud de la población segun grupos vulnerables. Guinea Bissau. 2005.

Grupos vulnerables:	Causas de morbi/mortalidad:
Infantes	<ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • Diarreas • Infecciones Respiratorias Agudas • Sarampion • Desnutrición
Embarazadas Recien nacidos	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones ligadas al embarazo y parto (hemorragias, anemias, rupturas uterinas,etc) • Problemas cón los recien nacidos (Tétano Neo-Natal; sufrimento fetal; prematuridad) • Paludismo
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • ITS /SIDA
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Paludismo • ITS /SIDA • Tuberculosis (aumento ligado a VIH)

Fuente: Informacion Estadistica Brigada Medica Cubana en GB.

Es de destacar que según los informes estadísticos del trabajo realizado por la Brigada Médica Cubana, las enfermedades infecciosas juegan un papel fundamental en la morbi-mortalidad de esta población, dentro de ellas las de mayor incidencia están: el paludismo, las

enfermedades diarreicas agudas, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual. Además el 20% de los recién nacidos son bajo peso.

El sistema de salud esta estructurado en tres niveles: Central, Regional y Local.

En el **Nivel Central** el Ministerio de Salud, es el responsable de la ejecución global de todas las tareas de salud. En este nivel existen centros de referencia nacional:

- Hospital Nacional Simao Mendes.
- Hospital de Enfermedades Infecciosas, Raúl Follero: Tuberculosis y SIDA.
- Almacén Central de Medicamentos
- Laboratorio Nacional
- Centro de Salud Mental (destruido durante la guerra)
- Centro de Rehabilitación Motora (destruido durante la guerra).

Nivel Regional figura una dirección regional de salud, con un director y su equipo de colaboradores (responsable de higiene y epidemiología, medicamentos, etc.).

Nivel Local está representado por los centros de salud y pueden ser de tipo A, B, C de acuerdo a la población que atiende. Generalmente el tipo A tiene un Médico General y no menos de 20 camas de internamiento y el resto carece de personal médico en el mejor de los casos presenta un auxiliar de enfermería. El sistema estadístico y el de referencia y contrarreferencia prácticamente no existe, el índice de médicos por habitantes es de 0.12 x 1000 Hab.

Al analizar la morbilidad existente en el país es evidente que esta organización del Sistema de Salud no permite abordar adecuadamente las problemáticas existentes por si solos. (43,44).

El 22 de Enero del año 2005, en entrevista efectuada al 1er Ministro de Guinea Bissau Sr. Carlos Gomeo Junior y a la Ministra de Salud Odete Costa Samedo en visita realizada al país la Sra. Costa pidió el apoyo de Cuba con médicos dada la carencia de profesionales de la salud en las regiones del país. Explicó que en el país existen 38 sectores y que en cada una de las 11 regiones del país tienen un hospital, sin embargo cuando es necesario realizar una operación de cesárea, por ejemplo, los especialistas (anestesia, cirujano y obstetra) tienen que viajar desde la capital hasta el hospital donde se requiere la intervención.

Por otro lado, no cuentan con electromédicos en el país y tienen muchos equipos recuperables en las instalaciones de salud, testificando de esta forma la crítica situación de recursos humanos y de otros tipos de recursos que poseen.

En los 25 años de colaboración médica con Guinea Bissau, unos 600 trabajadores del sector de la salud han prestado su servicio en este hermano país africano, la colaboración médica cubana comenzó en 1975 y se mantuvo ininterrumpidamente hasta 1998, cuando estalla el conflicto militar. La ayuda docente como ya hemos señalado, se inicia con la creación de la Facultad de Medicina "Raúl Díaz Argüelles" en el año 1986 donde se han graduado 73 médicos y en Cuba 32 más, o sea 105 médicos graduados por profesores cubanos. Además se formaron en Cuba otras especialidades, dentro de ellas 4 estomatólogos y 142 técnicos de la salud. (28,43)

Actualmente existe en este país una Brigada Médica esta compuesta por 44 cooperantes, 30 profesionales y técnicos cubanos, 13 estudiantes guineenses de 6to año de la carrera de medicina y 2 de quinto año que cursaban estudios en Cuba, que por especialidades se desglosan de la siguiente forma:

1. Medicina General Integral:1
2. Ginecobstetricia:1
3. Ortopedia:1
4. Cirugía General:1
5. Pediatría:1
6. Anestesia:1
7. Epidemiología:1
8. Psicología Clínica:1
9. Estomatología:1
10. Laboratorio Clínico:1
11. Enfermería:1
12. Radiología:1
13. Ingeniero Electromédico:1
14. Medicina General Integral: 16.

Hasta Marzo del 2006 los principales resultados de trabajo de la Brigada Medica Cubana son:

1. Casos Vistos: 38 962.
2. Actividades de Terreno: 1 127.
3. Partos Asistidos: 336.
4. Cirugías Totales: 635.
5. Vidas Salvadas: 1 244.
6. Exámenes de Laboratorio: 934.
7. Procederes de Enfermería: 3 215.
8. Exámenes de Imagenología: 1 253.
9. Estomatología: 1 212.
10. Mantenimiento y Reparación de Equipos: 227.
11. Cursos Ofrecidos: 9 (181 capacitados). (44)

A pesar de la presencia y el trabajo de la brigada médica cubana, el cuadro de salud no ha presentado modificaciones importantes, esto en medida dado por factores sociales, económicos y políticos (conflicto armado que sufrió este país), por otra parte, el “robo de cerebros” de los recursos ya formados.

Lo anterior nos obliga a hacer un análisis profundo de la problemática que presenta el país en lo que al recurso humano en salud se refiere, y sobre la base de la presencia de la colaboración médica cubana en el mismo, la experiencia ganada en la formación de los recursos humanos en otros países y la voluntad de sus dirigentes de mejorar las condiciones descritas, hacer una propuesta que dé una mejor solución a este gran problema.

Describir las características fundamentales de las nuevas experiencias cubanas en la formación de Recursos Humanos en medicina, dentro y fuera del país.

La formación de recursos humanos como parte del trabajo de las brigadas médicas cubanas ha alcanzado un gran significado con la Misión Médica de Barrio Adentro que desarrolla un nuevo programa de formación especial desde finales del 2004, y que se fundamenta en los principios siguientes:

1. Salud como derecho social.

2. Asistencia Primaria de Salud.
3. Calidad de vida.
4. Promoción de salud.
5. Participación ciudadana.
6. Contraloría social.
7. Desarrollo local.

El objetivo final de esta estrategia es lograr la pertinencia social que debe tener el profesional formado así con la articulación entre la docencia, la investigación y la extensión (integración docente-asistencial-investigativa-modelo docencia servicio), el cultivo de una elevada sensibilidad social en los educandos y egresados y su profunda identificación y compromiso con la sociedad de la cual provienen y en la cual deben desempeñarse una vez formados.

El programa se desarrolla con profesores cubanos que son fundamentalmente especialistas en Medicina General Integral, utiliza los medios audiovisuales más modernos e inserta al futuro médico desde el primer momento de su formación en la comunidad (45)

En Cuba, la Revolución desarrolla un programa de perfeccionamiento de la sociedad recogido en la estrategia de “La Batalla de Ideas”, que incluye trascendentes transformaciones en los procesos de atención de salud y de formación de los recursos humanos para ello requeridos, con el objetivo de elevar los niveles de salud del pueblo y la ayuda a otros pueblos hermanos, mediante el desarrollo de un solidario Programa Integral de Salud. (46)

En el 2005 se inicia un nuevo modelo de formación, que ha transformado los conceptos de la docencia médica tradicional, cuyo principio básico es el contacto directo médico-paciente desde 1er año de la carrera de medicina y el tutor es un especialista de Medicina General Integral, con el apoyo del Grupo Básico de Trabajo y la utilización de los medios audiovisuales y de computación. Este estudio piloto comenzó por 1000 estudiantes del curso escolar del 2004-2005 en el que se involucraron 75 policlínicos de todo el país y en el que ya están incorporados 170, los que han sido denominados: Policlínicos Universitarios.

Características del proyecto:

1. Grupos experimentales por designación homogenizada (experimento).
2. El mismo programa de estudio, adaptado a las circunstancias (flexibilidad).

3. Mantener o elevar la competencia y el desempeño (rigor).
4. Uso de video clases y Softwares Educativos (SWE) con guías (independencia).
5. Mantiene prácticas y otras formas de enseñanza clásicas, con estancias (racionalidad).
6. Fortalecer el trabajo independiente (aprender haciendo).
7. Buscar integración y aplicación del conocimiento (no enciclopedismo).
8. Policlínicos y Consultorios Médicos de Familia, escenarios docentes principales (columna vertebral).
9. Formación tutorial por MGI (paradigma).
10. Papel de los facilitadores y GBT (masividad docente) (47)

Los frutos de este programa ya se están viendo, la promoción de primer año de la carrera de medicina tuvo mejores resultados académicos que el que se desarrolló por el método tradicional, además los profesores y educandos refieren agrado y satisfacción por el mismo.

En este mismo año 2005, Cuba y Venezuela se han propuesto formar 10 mil médicos latinoamericanos por año, lo que equivaldría a 100 000 médicos en 10 años con la utilización de los métodos pedagógicos desarrollados (48)

Para cumplir esta tarea es necesario disponer de un plan de estudios que posibilite la formación de este profesional, con las cualidades y competencias requeridas para asumir las funciones que le son inherentes. Para propiciar esta formación ampliada de médicos se requiere adecuar el actual currículo a fin de posibilitar su ejecución en todos los escenarios docentes asistenciales disponibles, fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud, a escala nacional y eventualmente, en otros países hermanos con la necesaria flexibilidad que demanden las realidades de cada entorno.

Bases conceptuales del diseño y su perfeccionamiento:

1. Tener como primera responsabilidad de las instituciones formadoras y de todos los profesores y profesionales de la salud, la educación de los estudiantes cubanos y latinoamericanos, como ciudadanos conscientes comprometidos con la atención de la salud de nuestros pueblos, con un alto nivel de competencia y sentido de responsabilidad, sensibilidad y solidaridad, así como en capacidad y disposición para continuar estudios de postgrado acordes a las necesidades sociales.

2. Perfil amplio del egresado para brindar atención médica integral al individuo en el contexto de la familia y la comunidad, con un enfoque bio-psico-social-ambientalista y con competencias para la docencia, la investigación y la administración.
3. Centrar la formación en el proceso salud-enfermedad, con énfasis en la salud, sin descuidar los aspectos relacionados con la atención médica individual.
4. Realizar un diseño curricular pertinente, flexible y posible de desarrollar en correspondencia con la disponibilidad de recursos asistenciales, docentes y del entorno, dadas las condiciones concretas de cada lugar (país), tomando en cuenta su cuadro de salud, expresado en la mortalidad, morbilidad, riesgos y condiciones de salud y vida de la población, así como también en posibles escenarios en otros países en que pueden actuar los egresados.
5. Aplicar y desarrollar el plan de estudios de medicina vigente, validado por la calidad científica y humana de los egresados, la mayoría de nuestros médicos hoy en ejercicio, demostrada dentro y fuera del país, en las condiciones propias del Tercer Mundo, por lo que es una probada herramienta formativa continuamente enriquecida, incluidos los recientes programas de universalización y municipalización de la educación médica y el proyecto Policlínico Universitario.
6. El perfeccionamiento permanente del plan de estudio constituye una parte esencial del proyecto, con participación con verdadero compromiso de todos los actores que intervienen (instancias de dirección política, académicas, de atención de salud, profesores, estudiantes representantes de la comunidad), articulado como un continuo la formación preuniversitaria, el curso premédico y la formación postgraduada.
7. Formación en los escenarios reales donde se prestan los servicios, aprovechando todos los recursos asistenciales disponibles en función de la docencia y la investigación, sobre la base de la investigación docente-asistencial-investigativa. El consultorio se convierte en el escenario principal del proceso docente-educativo junto con los otros escenarios de la atención primaria, complemento con la atención hospitalaria.

8. El alumno se forma fundamentalmente con el medico de familia, que actúa como tutor en la educación en el trabajo. También facilita la asimilación de los contenidos teóricos con la orientación y complementación de la información aportada por la literatura docente, las tele-conferencias y software educativos, función en la que pueden ser auxiliado por profesores del entorno que actúen como facilitadores.
9. Considerar la disciplina relacionada con la Atención Medica Integral (Medicina General Integral) como rectora del plan de estudios, que incluye la atención a la salud familiar y comunitaria y a la que es necesario integrar otros ejes curriculares como el humanista, la comunicación, la ética medica y social, el ambientalista (geografía medica), idiomas, informática medica e investigación).
10. La integración de los ejes curriculares debe ser horizontal y vertical de manera que se aborden los contenidos de ciencias básicas y de atención medica a lo largo de la carrera.
11. El proceso docente debe hacer énfasis en el aprendizaje, con protagonismo de los educandos y cambio de roles de los profesores, que asumen una función paradigmática como modelo profesional a reproducir y una función de organizador y facilitador del proceso.
12. La estrategia docente debe combinar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación con la enseñanza práctica al lado de los pacientes y problemas de salud. La forma principal de organización de la enseñanza es la educación en el trabajo, utilizando también las otras formas, entre ellas las tele clases y diferentes formas de actividades grupales y de trabajo independiente que garanticen el aprendizaje activo de los educandos.
13. El alumno debe adquirir progresivamente la capacidad de aprender de si mismo en forma permanente, durante toda su vida profesional, así como la de acceder y seleccionar críticamente la información científica disponible.
14. Considerar la conveniencia de niveles formativos intermedios, para lo que el diseño debe propiciar la formación de competencias y habilidades que permitan un desempeño a nivel técnico.

Para propiciar esta formación ampliada de médicos se requiere adecuar el actual currículo a fin de posibilitar su ejecución en todos los escenarios docentes asistenciales disponibles, fundamentalmente en la APS a escala nacional y eventualmente, en otros países hermanos con la necesaria flexibilidad que demanden las realidades de cada entorno. (46)

Ya a nivel internacional se aboga por la Formación Integral del médico, esto implica la preocupación por el paciente y por su entorno. El médico debe conocer sobre patología y como tratarla, pero también sobre la situación social, económica y el ambiente en que se mueve el paciente, para brindar una atención especializada. (49)

En reunión del consejo académico de MEDICC celebrada en la Escuela Nacional de Salud Pública en Abril del 2006 se aborda la temática de déficit de recursos humanos y robos de cerebros, planteándose que en la formación de los nuevos profesionales es importante tener en cuenta que en la medida en la que los estudiantes provengan de comunidades pobres los hace estar en mejores condiciones de regresar a sus comunidades. (50)

De esa manera además, se contribuye a enfrentar el escandaloso saqueo de médicos de los países pobres por las naciones ricas. Hay países con porcentajes elevadísimos de médicos emigrantes del tercer mundo. Algunos de ellos son: Nueva Zelandia 35 %, Reino Unido 32 %, Canadá 26 %, EU 24 %, Australia 22 %, Noruega 15 %, entre otros, que en su conjunto sería un subsidio de 500 millones de dólares de los países pobres a los ricos cada año. (51)

Por eso, aspectos como; la pertinencia social a la comunidad, a su lugar de origen y donde se forma al mismo tiempo como médico, más otras condiciones, contribuirá a disminuir este robo de cerebro.

Instrumentar el nuevo modelo de formación de recursos humanos en medicina en las condiciones de Guinea Bissau.

Ante la crisis de Recursos Humanos que enfrenta el mundo, a otros niveles especialistas abogan por la formación masiva de personal de la salud, el Dr. Luís G. Sambo director de Oficina Regional de África para la OMS en discurso pronunciado por el Día mundial de la Salud el 7 de Abril, plantea que “África necesita urgentemente al menos 1 millón de trabajadores de la salud adicionales para aliviar la crisis existente”. (27)

Con todo lo analizado hasta el momento se evidencia que la ayuda brindada por la colaboración médica y docente cubana es importante pero insuficiente fundamentalmente en

el continente africano, por la crítica situación que presenta caracterizada esencialmente por un déficit marcado de recursos humanos en salud, donde la cantidad de graduados no cubre las necesidades cada día crecientes. Este país necesitaría unos 3000 médicos y otro personal de salud dada su situación actual de salud, de acuerdo con el indicador de 2 trabajadores de la salud por mil habitantes considerado por la Organización Mundial de la Salud como algo mínimo indispensable para lograr la cobertura médica fundamental a su población y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el campo de la salud.

Para dar respuesta a estas necesidades, al mismo tiempo tratar de lograr la sostenibilidad de la colaboración médica cubana y sobre la base de las experiencias expuestas en la formación de los recursos humanos en salud en Cuba y Venezuela, se realiza a continuación el análisis y la propuesta de la aplicación e instrumentación de los distintos componentes del nuevo modelo adaptado a la realidad de Guinea Bissau.

En general, la propuesta consiste en:

1. Insertar a los estudiantes seleccionados sobre requisitos pre-establecidos de acuerdo a lo regulado por este país y criterios de las autoridades competentes.
2. Vincularlos al trabajo de la Brigada Médica Cubana, cumpliendo con las actividades docentes (Ejemplo: seminarios, clases prácticas y guardias médicas) y su calendario.
3. Utilizar como escenarios docentes las instituciones de salud de cada sede o región donde se desarrolle el programa y el Hospital de referencia Nacional Simao Méndez.
4. Distribuir las sedes universitarias en cada una de las 11 regiones sanitarias.
5. Utilizar a los especialistas de Medicina General Integral de la brigada médica como tutores y a los docentes de la escuela de medicina "Raúl Díaz Argüelles" para el apoyo de la formación académica, debiendo desarrollar las siguientes etapas:
6. Etapa inicial: En esta se debe realizar un levantamiento en todas las regiones sanitarias del país para conocer las características demográficas de la población, las instituciones de salud (hospitales regionales y centros de salud) con que cuentan, accesibilidad, entre otras que se determinen y de forma particular las posibilidades de corriente eléctrica permanente. También debe buscarse información relacionada

con el personal del Ministerio de Salud, de Educación y de la comunidad en general, que puedan contribuir con su apoyo a la implementación del programa.

7. Selección de los candidatos los cuales deben tener aprobado la etapa del pre-médico con el promedio que establezcan las autoridades del país.
8. La matrícula oscilaría de acuerdo a las capacidades creadas en el país y la calidad de los candidatos, pero siempre teniendo en cuenta la relación de 2 o 3 estudiantes por médico especialista en Medicina General Integral.
9. Distribución de los alumnos y tutores de acuerdo a las sedes previstas.
10. Organización de las aulas docentes equipadas con los medios audiovisuales necesarios (computadoras, televisores, videos o DVD de acuerdo al caso).
11. Implementación del plan de estudios de la carrera de medicina, insertando a los estudiantes desde primer año al trabajo comunitario junto al médico cubano que sería su tutor.
12. Planificar y ejecutar las actividades del programa correspondiente a la atención secundaria de acuerdo a la organización de los servicios del país.
13. Mantener sistemáticamente el perfeccionamiento del idioma de los profesores para el perfeccionamiento del proceso docente educativo.
14. Seleccionar adecuadamente (de acuerdo a los parámetros que se establezcan por el país y la brigada médica) al profesor guía por cada sede, que serían encargados de conocer y velar por las condiciones de vida, problemas personales y familiares, así como rendimiento académico o cualquier evento que pueda atentar con el buen desenvolvimiento de los alumnos.
15. Preparar metodológicamente a los profesores por parte de la institución docente en general y de los especialistas principales de las asignaturas en particular en correspondencia con las necesidades de aprendizaje que se identifiquen en cada momento del proceso formativo.
16. Antes de iniciar el funcionamiento del programa, deben ser visitadas las sedes por el rector, el director de la escuela de salud o decano/a, el metodólogo de la universidad u otro personal competente, con el propósito de que las mismas cumplan con los

requisitos mínimos establecidos previamente para la puesta en marcha y desarrollo del mismo.

17. Una vez iniciado el proceso docente, las visitas deben corresponderse con el perfeccionamiento del mismo para lograr la calidad requerida por lo que tendrán en cuenta: la revisión de documentos concernientes a el proceso docente, el cumplimiento del P1 (programa de actividades docentes), el rigor científico, cumplimiento del cronograma docente, la disciplina, porte y aspecto de alumnos y profesores, así como grado de satisfacción de alumnos y profesores.
18. Realización y gestión de proyectos (de desarrollo e investigación) como herramienta fundamental para la movilización de recursos encaminados a la solución parcial o total de la problemática que se presente en el desarrollo del proyecto en general y del proceso docente en particular utilizando otros cooperantes dentro del país, organismos internacionales, ONGs, que tengan dentro de sus objetivos de trabajo, por ejemplo, la temática de recursos humanos.
19. Comprometer oficialmente a otros sectores del país relacionados con el programa, por ejemplo, las compañías telefónicas radicadas en cada región que tienen corriente eléctrica permanente, ministerio de educación, ministerio de economía, etc.

De acuerdo a lo antes expuesto y teniendo en cuenta la composición actual de la brigada médica cubana, se realiza la siguiente propuesta de distribución de alumnos por sedes y profesores.

ESPECIALISTAS	REGION: DIVISION POLITICO-ADMINISTRATIVA	REGION SANITARIA	UBICACIÓN (POR SEDES)	NO. DE ALUMNOS
Anatomía Humana (1) MGI(2)	Gabu	Gabu	Hospital Regional de Gabu	13
Fisiología (1) MGI (1)	Bafatá	Bafatá	Hospital Regional de Bafata	10
MGI (2)	Tombali	Catio	Hospital Regional de Catio	5
MGI (3)	Oio	Mansoa	Hospital Regional de Mansoa	12

MGI (2)	Oio	Bissora	Hospital tipo B de bissora	6
Bioquímica (1) MGI (2)	Cacheu	Bula	Centro de Salud de Bula	14
MGI (2)	Cacheu	Cacheu	Centro de Salud de Cacheu	6
MGI (3)	Biombo	Quiñamel	Centro de Salud de Quiñamel y Clínica materno infantil	13
Cirugía (1) MGI (2) Ortopedia (1) Epidemiología (1) Pediatría (1) G-O (1) M. Interna (1)	Sector Autónomo Bissau	Sector Autónomo Bissau	Hospital Nacional "Simao Mendez" (5 Profesores) Centro de Salud de la periferia. Clínica materno infantil (1 MGI)	18

Finalmente y aunque la estrategia docente fundamental es la educación en el trabajo, donde el estudiante aprende haciendo y se hace muy difícil el desdibujamiento de las fronteras entre la asistencia médica y la docencia, esta propuesta tiene como objetivo que los profesores independientemente de su especialidad impartan las asignaturas del ciclo básico del programa de formación y privilegien la mitad de su horario laboral en tareas asistenciales y la restante en actividades propias del proceso de enseñanza. Los alumnos, compartirán el 100 % de su tiempo con el profesor y en las tareas que el mismo asigne, con lo que podrán adquirir todas las habilidades necesarias, incluidas las actividades de terreno.

La distribución de recursos por sedes universitarias sería de la siguiente forma: 1 computadora por cada 2 alumnos y 1 televisor y video por sede.

Además 1 computadora por sede para uso de los profesores.

Conclusiones.

1. La Colaboración Médica Cubana durante el periodo analizado se ha concretado fundamentalmente en las modalidades de Misión Internacionalista, Asistencia Técnica Compensada, el Programa Integral de Salud, el Programa Barrio Adentro y el Contingente Henry Reeve, las que han estado determinadas básicamente por factores externos e internos y las condiciones socio políticas y económicas en cada momento, tanto fuera como dentro del país.
2. A pesar de que al inicio del periodo estudiado, la formación de los recursos humanos en salud no constituyó el objetivo fundamental, lo cierto es que esta actividad fue ganando su espacio, dada las necesidades de los países, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, el subsistema docente y la calidad docente-asistencial e investigativa de los colaboradores, constituyendo hoy día la expresión máxima de la colaboración médica en el desarrollo del programa de salud Barrio Adentro como modalidad superior del Programa Integral de Salud.
3. A pesar de que Guinea Bissau cuenta desde el año 1986 con una Facultad de Medicina atendida con personal cubano, el desarrollo de la formación de los recursos humanos es aun insuficiente, lo cual se expresa, entre otros aspectos, en la crítica situación de salud que presenta el país, necesidades expresadas por sus máximos dirigentes .
4. Las nuevas experiencias en la formación de los recursos humanos en medicina en el contexto nacional y de la colaboración medica cubana, se centran en pilares fundamentales que son: la Atención Primaria de Salud como escenario principal en la formación, el Policlínico Universitario como sede que organiza, dirige y controla el proceso y el especialista de Medicina General Integral como responsable principal del mismo, haciendo uso adecuado de los medios audiovisuales y de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación como eje lo transversaliza.
5. Con la colaboración médica cubana y el apoyo del Ministerio de Salud de Guinea Bissau y otras organizaciones de este país , la situación de salud del mismo y el déficit de sus recursos humanos son susceptibles de mejorar a corto y mediano plazo, a través de la implementación del Nuevo Modelo de Formación en Medicina,

ya que los principios que lo sustentan son factibles de aplicar en éste, ajustados a las condiciones del mismo, el cual garantizará además la sostenibilidad de la colaboración médica y aprovechando las condiciones específicas del re-inicio de la Facultad de Medicina “ Raúl Díaz Argüelles” y los centros asistenciales que servirán de sede en cada región sanitaria, en la mayoría de los casos los hospitales regionales, lo que creará un subsistema docente en todo el país a nivel del Ministerio de Salud. Todo lo anterior garantizará además la sostenibilidad de la colaboración medica en este país

Recomendaciones:

Entre los principales desafíos de la colaboración médica cubana en la actualidad está la necesidad de garantizar la continuidad del trabajo realizado y mantener al menos, los resultados alcanzados en el país cuando se retiren las brigadas médicas, por lo que se recomienda en este estudio:

6. Aplicar el Nuevo Programa de formación de recursos humanos en medicina ajustado a las condiciones de Guinea Bissau y teniendo en cuenta los resultados del mismo en Cuba y Venezuela fundamentalmente.
7. Tomar en cuenta los primeros resultados de la aplicación del nuevo modelo en la formación del recurso humano en medicina de Guinea Bissau como prueba piloto para su futura extensión al continente africano, dada la similitud socio demográfica y de salud de la mayoría de los países que la componen y la presencia de colaboradores cubanos en los mismos.
8. Continuar los estudios de factibilidad del nuevo modelo de formación u otros que garanticen la formación del recurso humano en medicina en los países de África que minimicen el déficit de los recursos humanos existentes y contribuyan a mejorar la critica situación de salud existente a corto y mediano plazo.

Bibliografía:

1. Rosell Puig W. Recuerdos de aquel primer viaje. [Sitio en Internet: Revistas]URL:http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/cua_88/cua0288.pdf Sitio consultado: 21/7/05.
2. Márquez M, Rojas Ochoa F, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C. Salud para todos Si es posible. 1ª ed. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social, 2005. p. 42-86, 239-83.
3. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en el acto de aniversario de los CDR, 1999; 28 de Septiembre.
4. Temas y personalidades de la historia médica cubana. Cuadernos de Historia de la salud pública No 72,p. 141-143.
5. Castro Ruz F, Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba Fidel Castro Ruz, en el acto en la Inauguración del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”; 17 de Octubre de 1963.
6. Informes de Archivos 1966-2005. Viceministerio de Docencia. Ministerio de Salud Pública.
7. Informes de Archivos 1993-2005. Unidad Central de Colaboración Médica.
8. Arocha Marino C. Diferentes Manifestaciones del Internacionalismo como principio de la Salud Publica Socialista en Cuba. [tesis] Escuela Nacional de Salud Pública; 1986 p. 46-50.
9. Delgado García G. La solidaridad internacional de la medicina cubana. Antecedentes, su desarrollo y trascendencia en la etapa revolucionaria. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. Ciudad Habana; Consejo Nacional de Sociedades Científicas, 1987. Vol. 72.p.137-49.
10. Carpeta Metodológica de Colaboración Médica. MINSAP. La Habana. Diciembre, 1998.
11. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en el acto de constitución del contingente internacional de médicos especializados en situaciones de desastres y graves epidemias “Henry Reeve” y graduación de estudiantes de medicina, en la Ciudad Deportiva;19 de septiembre de 2005.
12. Castro Cruz F. Discurso pronunciado en el encuentro con las fuerzas medicas prometidas para apoyar al pueblo de Estados Unidos en regiones afectadas por huracán Katrina. Palacio de Convenciones. La Habana; 4 de septiembre 2005.
13. Declaración final de la reunión de ministros de salud de Ibero América. Ciudad de La Habana 18 y 19 Octubre 2000.
14. Informes de Archivos. 1998-2005. Departamento Nacional de Estadísticas. MINSAP.
15. Resillez López A. Carta desde África. La Habana: Pablo de la Torriente Brau; 2001.
16. Pupo Rodríguez D. Al rescate de la vida. Ciudad Guatemala: Litografía MG; 2002; p43-69.
17. Núñez A. Haití, un sueño para la vida. La Habana: Pablo de la Torriente Brau; 2000.

18. Globalizando la Solidaridad. Departamento de Cooperación Internacional, MINREX; p.8; 2005.
19. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en el acto por la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Medicina, en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno. La Habana. Cuba. 15 de Noviembre 2000.
20. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas; 3 de diciembre del 2002.
21. Granda J. Del sueño a la realidad. Revista Panorama Cuba y Salud; 2005, volumen I: 4-6.
22. Gail A. Training Physicians for Global Health. MEDICAL Review 2005; Volume VII- No 8:1-4.
23. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005- ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, OMS; 2005.
24. Discurso de la Directora de la OPS, Dra. Mirta Roses Periago en la apertura del 9º Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas y el 7º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud.
25. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005- ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, OMS; 2005.
26. Organización Mundial de la Salud, 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Migración de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo; 22 Mayo 2004.
27. Mensaje del Director General Regional, Dr. Luis G. Sambo, por el día mundial de la salud 7 de Abril 2006 [Sitio en Internet: WHO] URL: <http://www.afro.who.int> Sitio consultado 16/4/06.
28. Serrano CMM. Cooperación Técnica entre países en vías de desarrollo. Experiencia Cuba-Guinea Bissau, Rev. Edu. Med. Salud; 1996.
29. Rosell Puig W. Antecedentes de la primera misión internacionalista cubana en el campo de la docencia medica. Facultad de Ciencias Medicas "Enrique Cabrera". Julio 2000: 1-8.
30. Madrugas R. Historia de la colaboración internacional en salud. Instituto cubano de amistad con los pueblos. [Sitio en Internet: ICAP. Edición Digital.] URL: <http://www.icap.cu> Sitio consultado: 21/7/05.
31. Quirce R. Misión en Nicaragua diario de un medico internacionalista. [Sitio en Internet: Paginatres 2001: 12 (2): 79-46.] URL: <http://bvs.sld.cu> Sitio consultado: 16/4/06.
32. Programa Integral de Salud para Latinoamérica, El Caribe, África y Asia. Departamento de Cooperación Internacional, MINREX; 2005.
33. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en la clausura del XII Foro Nacional de Ciencia y Técnica, efectuada en el Palacio de las Convenciones, el 21 de Noviembre de 1998.

34. Marimón N, Bagarotti R. Colaboración Medica un Reto. Trabajo presentado en la Convención de Salud, Palacio de las Convenciones, la Habana (Cuba); 4 de Mayo de 2002.
35. Madrugas R. Situación actual de la colaboración en el Programa Integral de Salud. Instituto cubano de amistad con los pueblos. [Sitio en Internet: ICAP. Edición Digital.] URL: <http://www.icap.cu>
Sitio consultado: 21/7/05.
36. Suárez J. La ayuda médica de la isla ha beneficiado a 83 países en los últimos 36 años. Cuba económica internacional. [Sitio en Internet: Cuba económica. Edición digital.] URL: <http://www.cubaeconomica.com> Sitio consultado: 21/7/05.
37. Palomares C. Positivos resultados de la colaboración cubana en Haití. Trabajadores. [sitio en Internet: Trabajadores. Edición digital.] URL: <http://www.trabajadores.cubaweb.cu> Sitio consultado: 21/7/05.
38. Chávez H. IV Encuentro de lucha contra el ALCA. Ciudad de la Habana, 23 de Febrero de 2005. Granma Internacional. [Sitio en Internet: Granma Internacional. Edición Digital.] URL: <http://www.granma.cu>. Sitio consultado: 21/7/05.
39. López F, Pimentel Y. Concreción de los sueños de Bolívar y Martí. Revista Patria Grande 2005; Vol. I: 11-16.
40. Pérez Roque F. III Reunión extraordinaria del consejo de ministros de la asociación de estados del caribe. Ciudad de Panamá, 12 de febrero de 2004. Granma Internacional. [Sitio en Internet: Granma Internacional. Edición digital.] URL: <http://www.granma.cu>. Sitio consultado: 21/7/05.
41. Díaz Rodríguez Pedro A. Fundamentación de la creación de la facultad de medicina de Guinea Ecuatorial como parte del Programa Integral de Salud, 2000-2002. [tesis] Escuela Nacional de Salud Pública, 2004.
42. WHO Health Statistics and Health Information System. [Sitio en Internet: Organización Mundial de la salud] URL <http://www3.who.int>. Sitio Consultado: 6/4/06.
43. Marimón Torres N, Curras López G, Informe de Visita Guinea Bissau del 28 de Septiembre al 12 de Octubre 1999, p. 2-3.
44. Aldana M. Informe sobre estado actual de la colaboración en Guinea Bissau; Unidad Central de Cooperación Medica; 2005.
45. Álvarez Síntes R, Barcos Pina I. Una Interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de la salud. Caracas, Republica Bolivariana de Venezuela: Ministerio de Salud y desarrollo Social; 2004.
46. Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana. Nuevo programa de Formación de Médicos Latinoamericanos, Esquema General del Plan de Estudios de Medicina. Informe de Vicerrectoría de Desarrollo. La Habana: ISCM; 14 de diciembre 2005.
47. Ministerio de Salud Pública. Taller nacional para la implementación del primer año de la carrera de Medicina en 75 policlínicos del país. ICBP "Victoria de Girón" Ciudad de la Habana, Agosto 20 y 21 de 2004.
48. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en el acto por el aniversario 60 de su ingreso a la uiversidad, efectuado en el aula magna de la Universidad de la Habana; 17 de Noviembre de 2005.

49. Organización Panamericana de la Salud. Entrevista a Dra. Mirtha Roses Periago. Educación médica debe enfocarse en atención primaria. [Sitio en Internet: Organización Panamericana de la salud] URL <http://www.paho.org/Spanish/D/colombia-MedilegisEntrevista-Spa-Feb-06.htm> Sitio Consultado 13/04/2006
50. Reunión Consejo Académico de MEDICC. Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad Habana 3-4 de Abril, 2006.
51. Rothe E. La libertad se conquista con la solidaridad patria La primera revista del ALBA, No 8: 3-5.

Bibliografía Consultada.

1. Delgado F. Memorias y experiencias del primer medico cubano en la colaboración médica. Algunos apuntes para contar la historia. [Sitio en Internet: Revistas.] URL: <http://bvs.sld.cu/revistas>. Sitio consultado: 21/7/05.
2. Discurso del Director de la OMS, Dr. Lee en la apertura de la reunión de ministros de salud del G8, Moscú, Federación Rusa; 28 de Abril del 2006
[Sitio en Internet: Organización Mundial de la salud] URL http://www.who.int/dg/lee/speeches/2006/g8_health_ministers_meeting/es/index.html
Sitio Consultado 30/04/06.
3. Ministerio de Salud Pública. Informe preparado para reunión en Naciones Unidas sobre Recursos Humanos, Salud y Desarrollo. Informe de Viceministerio de Docencia, La Habana; Abril 2006.
4. XXIII Reunión de Ministros de salud de Movimientos de países no alineados. La Habana 25 y 26 de Junio 1998.
5. Wolkins K.. La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en el mundo desigual. Informe sobre Desarrollo Humano 2005: p. 1-16.
6. Organización Mundial de la Salud, 117ª Reunión Consejo Ejecutivo. Recursos humanos para el desarrollo sanitario. Informe de la secretaria; 9 Enero 2006.
7. Fresno Chávez C. la cooperación universitaria Internacional de cara al siglo XXI. Educ. Med. Sup. 2005; 19 (3).
8. Pérez Salomón O. Impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los países del tercer mundo. Cuba socialista Enero-Marzo 2006. Vol. 38:p. 45-60.
9. Hunt P. The "brain drain": effects of migrating health professionals. Health and Human Rights. Dec. 2003, No. 4: p 11-15.
10. UNFPA. Población, desarrollo y salud publica. Cuba 10 años después de la conferencia internacional sobre población y desarrollo. P. 89-93. La Habana, mayo 2005.
11. Ubieta Gómez E. La utopía rearmada. Historias de un viaje al nuevo mundo, ed. Abril, 2002.
12. UNICEF. Poner en marcha el desarrollo. Estado Mundial de la Infancia 2004. p. 1-2.
13. Márquez M. Vergara H. la proyección internacional de la cooperación en Cuba. El aporte de Cuba. Investigación sobre ciencia, tecnología y desarrollo humano en Cuba 2003 CIEM: p. 115-117.
14. La medicina en tres continentes [Sitio en Internet: Radio Reloj.] URL: <http://www.nnc.cubaweb.cu/medicos/mision.htm>. Sitio consultado: 20/7/05.
15. Bravo Fong O. guardianes de un valioso tesoro. [Sitio en Internet: Vida] URL: <http://www.ain.cubaweb.cu/vida/gambia/guardianes.htm> Sitio Consultado: 21/7/05.
16. Resolución Ministerial No 129 sobre preparación y selección de las colaboradores. Ministerio Salud Publica. La Habana. Julio 2000.

17. Arrebatando vidas a la muerte. [Sitio en Internet: TRIcontinental] URL: http://www.tricontinental.cubaweb.cu/america_latina/texto334v.html Sitio Consultado: 21/7/05.
18. Conde Rico H. La colaboración medica cubana en situaciones de desastres. Resumed 2000; 13 (6): 268-72.
19. Concepción Pérez E. Cuba abre su corazón solidario. [Sitio en Internet: Granma digital] URL: <http://www.cubam.../Cuba%20abre%20al%20mundo%20su%20coraz%F3n%20solidario.as> Sitio consultado: 20/7/05.
20. Jova Casañas R. y col. La asistencia medica cubana en los desastres naturales. Trabajo presentado en la convención de salud. Palacio de Convenciones. La Habana, 4 de Mayo 20002.
21. Valdés García L. Internacionalista: el mayor orgullo de este cubano. [Sitio en Internet: Revistas] URL http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_88/cua0488.htm Sitio consultado: 21/7/05.
22. Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal. XVII Reunión del Consejo Directivo ALANAM. [Sitio en Internet: Academia Nacional de Medicina] URL <http://www.anm.org.ve/dyncat.cfm?catid=1567> Sitio Consultado: 13/4/06.
23. Fresno Chávez C. La cooperación Universitaria Internacional de cara al siglo XXI. Educ. Med. Sup. 2005; 19 (3).
24. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Presidente de la Republica de Cuba, en acto conmemorativo del aniversario 40 del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, 17 de octubre de 2002.
25. Delgado García G. Solidaridad Internacional de la medicina cubana. Testimonios.[Sitio en Internet: Revistas] URL <http://www.bvs.sld.cu/revistas/his/cua88/cua0188.htm> Sitio Consultado: 23/9/05.
26. La solidaridad internacional de la medicina cubana. La salud publica en Cuba en el periodo revolucionario socialista. Cuaderno de Historia No. 81, 1996.
27. Salas PR, Borroto CR. Universidad sin fronteras ¿mito y realidad? Rev. Educ. Med. Superior 2000: 25-26.
28. Serrano MM. Cooperación Técnica entre países en vías de desarrollo. Experiencia Cuba-Guinea Bissau, Rev. Educ Med. Salud, 1996.
29. Colaboración Cubana a otros países, 1960-1999. Minvec. Ed. Tips. Cuba; 2000.

Anexos.

Encuesta aplicada.

Perfil de los entrevistados: ex colaboradores de las diferentes etapas, jefes de misiones, personas del SNS y de otros organismos relacionados con la colaboración durante los diferentes periodos (CUBA TÉCNICA, MIVEC, MINREX).

Aspectos a desarrollar:

1. Datos generales: Nombre, especialidad, provincia de procedencia, país donde cumplió misión, ubicación que tuvo, fecha de la misma, edad que tenía en ese momento.
2. Características del proceso de selección. Por que salió, como se entero, pudo escoger para donde iba?
3. Características de la brigada de la que formaba parte, Cuantos colaboradores eran, donde estaban ubicados, características del país, que actividades hacían (asistenciales, docentes, asesorías, etc.).
4. Tiempo que estuvo en la colaboración (el tiempo previsto 1, 2 o 3 años), pidió estar más tiempo del previsto?
5. Cuales fueron las principales dificultades encontradas desde su proceso de preparación en Cuba hasta la culminación de la misión, incluyendo su regreso.
6. Que fue lo más impactante e importante en el periodo como colaborador.
7. Vivencias, anécdotas impactantes en su vida como colaborador.
8. Cual fue su principal experiencia?
9. En su opinión cuales fueron los principales beneficios que apporto esta colaboración para usted y para el país receptor?
10. Fotos, publicaciones realizadas.
11. Alguna sugerencia de alguien vital durante este periodo y que se pudiera entrevistar, para enriquecer esta investigación.
12. Cuales fueron las principales labores docentes realizadas (estudios pregrado, postgrado, entrenamientos, capacitaciones, etc.) que se lograron en ese periodo de misión.

Composición de la Primera Brigada Médica de ayuda internacionalista de la Republica Democrática y Popular de Argelia.

No	Nombre y Apellidos	Especialidad
1	Pedro L. Alfonso Bermúdez	Medicina Interna
2	Antonio Moreno Luna	Medicina Interna
3	Rigoberto Núñez Pillot	Medicina Interna
4	Juan A. Hernández Oviedo	Medicina Interna
5	Olga Ugarte Valdés	Medicina Interna
6	Juan Placido Valdés Rolandi	Medicina Interna
7	Pedro A. Báez Muñiz	Pediatría
8	Zoila Italia Valdés	Pediatría
9	Ángela Molejón Ventees	Pediatría
10	Sara Perelló Perelló	Pediatría
11	José Cabrera Carballo	Cirugía
12	Roberto Capote Mir	Cirugía
13	Manuel Cerdeño Llovet	Cirugía
14	Julio Hernández Socarras	Cirugía
15	José R. Linares Delgado	Cirugía
16	Washington Rosell Puig	Cirugía
17	Jaime Strachan Estrada	Cirugía
18	Martín Israel Noa Socarras	Ortopedia
19	Eugenio Jara Casco	Oftalmología
20	Arturo Taquechel Mymir	Oftalmología
21	Julio Rodríguez Docal	ORL
22	Manuel Villar Suárez	ORL
23	Juan de Dios Cárdenas Sotelo	Anestesiología
24	Alfredo Díaz Arcolta	Anestesiología
25	Gustavo Lahens Delgado	Anestesiología
26	Lillian Beausoleil Tobierre	Ginecobstetricia
27	Aramis Figueredo Domínguez	Psiquiatría
28	Cosme Huete Figueroa	Laboratorio Clínico
29	Eberto Cue Reyes	Estomatología
30	Reinaldo de la Nuez García	Estomatología
31	Eduardo Llanes Llanes	Estomatología
32	Norma del C. Lara Rodríguez	Estomatología
33	Omaida Alderete Fernández	Enfermería
34	Rolando Alfonso Mir	Enfermería
35	Ana Maria Anglada Corrales	Enfermería
36	Isidel Díez Bueno	Enfermería
37	Amalio Fernández Estrada	Enfermería
38	Julio García Cancio	Enfermería
39	Ángel García Menéndez	Enfermería
40	José R. Leyva Parra	Enfermería
41	Marta E. Kuscevic Horvath	Enfermería
42	Rolando Martínez Pereda	Enfermería
43	Miguel Saiz Arana	Enfermería
44	Carlos Sanguineti Junco	Enfermería
45	Lucia Serrano Núñez	Enfermería
46	Armando Valdés Orobio	Enfermería
47	Valeria L. Domínguez Alfonso	Auxiliar de Enfermería
48	Ricardo Díez Sarasola	Técnico de Rx
49	Pedro Jerez Drake	Técnico de Rx.
50	José O. Mulkay Moreno	Técnico de Rx.
51	Julio León Calvo	Técnico de Laboratorio
52	Manuel Pereira Soto	Técnico de Laboratorio
53	Eduardo Torres Armas	Técnico de Laboratorio

54	Irene Beausoleil Delgado	Instrumentista
55	Oscar Armada Pierruguez	Optometrista

Tabla 1. Número de colaboradores en la década de los 60 según país y año. Unidad Central de Cooperación Médica. MINSAP 2005.

Países	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	Total
Argelia	58	58	53	53	49	48	48	367
Guinea Conakry					8	8	9	25
Tanzania						3	3	6
Total	58	58	53	53	57	59	60	398

Fuente: Información estadística UCCM

Tabla 2. Número de colaboradores en la década de los 70 según país y año. Unidad Central de Cooperación Médica. MINSAP 2005.

PAÍSES	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	TOTAL
África											
Argelia	42	37	31	29	27	26	41	33	50	76	392
Angola							141	516	848	871	2376
Benin								4	18	15	37
Cabo Verde							8	8	8	8	32
Congo			6	6	7	7	18	18	20	16	98
Etiopia								274	310	303	887
Guinea Bissau						40	40	40	37	34	191
Guinea Conakry	9	10	10	9	9	9	10	10	9	9	94
G Ecuatorial					9	9	9	9	8	9	53
Libia									243	295	538
Mali				6	6	6			5	6	29
Mozambique								29	28	34	91
RASD								10	11	12	33
Somalia					28	21	16	12			77
Sao Tome								18	20	17	55
Tanzania	3	3	3	3		50	51	51	17	29	210
Subtotal	54	50	50	53	86	168	334	1032	1632	1734	5193
América											
Guyana					2	2	9	23	26	33	95
Nicaragua										215	215
Jamaica							¿?				
Subtotal					2	2	9	23	26	248	310
Asia/ Medio Oriente											
Iraq									364	333	697
Viet Nam								2	3	3	8
Yemen								36	401	378	815
Subtotal								38	768	714	1520
Total	54	50	50	53	88	170	343	1093	2426	2696	7023

Tabla 3. Número de colaboradores en la década de los 80 según país y año. Unidad Central de Cooperación Médica. MINSAP 2005

PAÍSES	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	TOTAL
África											
Argelia	81	71	69	86	79	81	63	78	63	59	730
Angola	843	845	777	645	499	557	526	521	424	178	5815
Benin	15	13	16	17	18	18	9	8	8	8	130
Botswana									14	14	28
B. Fasso						5	11	14	13	14	57
Burundi	7	9	8	5	2	10	4	8	9	14	76
Cabo Verde	12	12	12	3	3	7	8	8	6	11	82
Congo	18	17	13	19	19	19	19	13	12	10	159
Etiopia	290	255	227	228	222	334	191	229	219	225	2420
Ghana				9	11	25	9	15	9	3	81
Guinea Bissau	35	34	37	55	9	56	66	67	70	74	503
Guinea Conakry	10	9	6	3	3		7	4	4	2	48
G Ecuatorial	7	10	5	6	6	7				5	46
Libia	297	226	212	212	186	230	195	160			1718
Mali	6	5	6	4	7	4	11	11	5	4	63
Mozambique	20	27	35	41	49	61	30	23	48	54	388
RASD	13	13	32	32	36	37	38	42	37	31	311
Seycheles	4	1	8	6	10	10	7	3	10	7	66
Sao Tome	20	17	19	20	19	16	10	12	11	12	156
Tanzania	26	23	19	20	19	19	20	22	24	21	213
Uganda	7	9	9	10					18	22	75
Zambia						13	12	9	139	132	305
Zimbabwe							22	18	4	19	63
Subtotal	1711	1596	1510	1421	1197	1509	1258	1265	1147	919	13533
América											
Guyana	34	39	30	30	31	40	42	49	53	67	415
Nicaragua	264	348	657	628	246	425	340	340	312	311	3871
Jamaica							¿?				
Subtotal	298	387	687	658	277	465	382	389	365	378	4286
Asia/ Medio Oriente											
Afganistán										7	7
Campuchea						15	11	8	10	7	51
Iraq	375	406	402	46	211	370	299	274	254	319	2956
Kuwait						2	10	6	5	4	27
Laos		12	12	11	10	15	14	11	15	15	115
Islas Maldevas									2	2	4
Sri Lanka							8	8	8	15	39
Viet Nam	5	20	19	25	20	22	8	8	9	5	141
Yemen	41	39	34	24	22	25	13	18	30	32	278
Subtotal	421	477	467	106	263	449	363	333	333	406	3618
Total											
Europa											
Rusia						13		8	13	18	52
Subtotal						13		8	13	18	52
Total	2430	2460	2664	2185	1737	2436	2003	1995	1858	1721	21489

Tabla 4. Número de colaboradores en la década de los 90 según país y año. Unidad Central de Cooperación Médica. MINSAP 2005

PAÍSES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
África											
Argelia	30	34									64
Angola	58	96	121	75	77	75	80		83	83	748
Benin	5	2	2								9
Botswana	17	15	29	31	29	56	56	72	72	71	448
B. Fasso	14	14						3	3	3	37
Burundi	24	25						45			94
Cabo Verde	13	11	26	30	37	37	43		49	47	293
Congo	11	5							2		18
Etiopia	114						1				115
Gambia							39	37	36	161	273
Ghana	13	14	13	11	36	54	58	62	61	74	396
Guinea Bissau	50	35	12	26	32	15	11	5	29		215
Guinea Conakry	2	22	23	21	22	22	20	16	18	16	182
G. Ecuatorial	5	6	6	6	30	17	10	10	10	26	126
Mali		3									3
Mozambique	70	49	94	74	59	45	50	67	77	72	657
Namibia	19	57	77	72	56	50	50	48	49	54	532
Niger										30	30
Nigeria			31	30	29	21	17	11	1		140
RASD	36	12	10	9	11	7	7	7	8	9	116
Seycheles	12	14	12	11	12	10	10	9	10	18	118
Sudáfrica			2	4	2	4	298	298	423	423	1454
Sao Tome	18	12	10	12	10	3	1	5	5	6	82
Tanzania	24	22			11	12	2	11	11	9	102
Uganda	20	21	10	3	3	5	7	8	8	6	91
Zambia	167	151	38	28	26	36	34	117	157	153	907
Zimbabwe	16	15	13		13	11		6	6	5	85
Subtotal	738	635	529	443	495	480	794	837	1118	1266	7335
América											
Argentina						1	1	2	4	8	16
Belice	26	23	20	33	31	38	28	24	23	69	315
Bolivia			3	1				6	7	10	27
Brasil			5	24	24	18	85	127	190	170	643
Barbados										1	1
Chile			1			2	2	2	3	2	12
Colombia			2			5	10	24	56	69	166
Costa Rica			1					1	4	6	12
Dominica									6	6	12
Ecuador			7	4	3	6	3	9	10	12	54
Estados Unidos			6	1	2	2	2	2	3	3	21
Granada								2	2	9	13
Guatemala			2					1	67	560	630
Guyana	92	34	50	29	43	28	19	1	18	20	334
Haití									138	486	624
Honduras			2		1	2	2	2	4	191	204
Jamaica		4	4	1		21	19	31	36	82	198
México			4	2	30	11	6	6	15	16	90
Nicaragua	136	100	53	82	57	36	25	23	22	113	647
Paraguay								3	4	56	63

Panamá					1	1				1	3
Perú					1	1				1	3
Rep. Dominicana			4	8	7	15	29	12	40	13	128
El Salvador							1			3	4
Santa Lucía			1								1
St. Vicente y Granadinas						3	3	2	2	2	12
Suriname									5	8	13
Sant. Kitts y Nevis							4	3	5	5	17
T. y Tobago						1		1	1		3
Turcos y Caicos										2	2
Venezuela			2	34	33	2	5	5	5	457	543
Antillas Holandesas						1					1
Subtotal	254	161	167	219	233	194	244	289	670	2381	4812
Asia/Medio Oriente											
Afganistán	11	2									13
Beltrán						3	3	2	1		9
Campuchea	7										7
Iraq	179									8	187
Iran			11	6	6	1					24
Laos	14	2							3	3	22
Islas Maldevas	2	2	2	2	2	2	3	4		1	20
Qatar								2	6	5	13
Sri Lanka	13	13	10	2	2	1	1	3	3	2	50
Turkme-nistan					1	1	1				3
Viet Nam	6		1	1	1						9
Yemen	26	53	76	53	40	35	38	15	34	35	405
Subtotal	258	72	100	64	52	43	46	26	47	54	762
Europa											
España		3	6	4	7	7	11	4	4	5	51
Finlandia			2								2
Italia			1	1	2	1	1	1	1		8
Kosovo										11	11
Portugal							1	10	9	9	29
RFA			1								1
Rusia			4	3	3						10
Suiza			4	2	2	2		2	2	2	16
Ucrania				3	3		1	1	7	7	22
Subtotal		3	18	13	17	10	14	18	23	34	150
Total	1250	871	814	739	797	727	1098	1170	1858	3735	13059

Tabla 5. Número de colaboradores desde el año 2000 hasta Marzo 2006 según país y año. Unidad Central de Cooperación Médica. MINSAP 2006

PAÍSES	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
África						
Argelia	6	6	5	15	8	40
Angola	82	156	155	140	136	669
Burundi			9	9	11	29

Botswana	57	60	71	122	167	477
B. Fasso	3	3	55	63	58	182
Cabo Verde	45	40	40	38	36	199
Congo					3	3
China					1	1
Djibuti				5	5	10
Eritrea		31	33	45	40	149
Etiopia			24	31	30	85
Gabón					19	19
Gambia	250	250	248	231	165	1144
Ghana	216	152	145	178	185	876
Guinea Bissau	11	7	6			24
Guinea Conakry	11	8				19
G Ecuatorial	160	147	143	151	148	749
Liberia		1				1
Lesotho			2	40	1	43
Mali	102	101	109	107	109	528
Mozambique	67	78	67	80	141	433
Namibia	54	76	181	182	185	678
Niger	94	90	70	63	67	384
Nigeria		2	2	4	2	10
RASD	7	8	6	6	6	33
Seycheles	18	26	31	25	30	130
Sudafrica	402	481	430	314	173	1800
Sao Tome	10	10	10	10	9	49
Sierra Leona					1	1
Tanzania					11	11
Uganda	5	5	5	5	2	22
Zambia	148	45				193
Zimbabwe	108	103	116	186	176	689
Subtotal	1856	1886	1963	2050	1925	9680
América						204
Antigua y Barbuda	46	44	37	40	37	37
Argentina	12	18	5	2	0	18
Aruba	5		5	4	4	558
Belice	117	112	112	113	104	82
Bolivia	13	18	10	21	20	905
Brasil	228	182	216	194	85	1
Barbados	1					115
Bahamas			6	5	4	6
Bonaire		1	2	2	1	77
Colombia	44	23	3	6	1	46
Costa Rica	15	7	4	9	11	45
Dominica	8	8	7	12	10	80
Ecuador	11	16	8	18	27	11
Estados Unidos	3	2	2	2	2	88
Granada	17	22	21	17	11	2205
Guatemala	641	500	1	530	533	167
Guyana	20	25	42	42	38	2669
Haití	600	487	499	578	505	1156
Honduras	155	218	211	262	310	701
Jamaica	138	147	143	131	142	51
México	17	17	5	7	5	112
Nicaragua	86		26			375
Paraguay	54	100	102	49	70	8

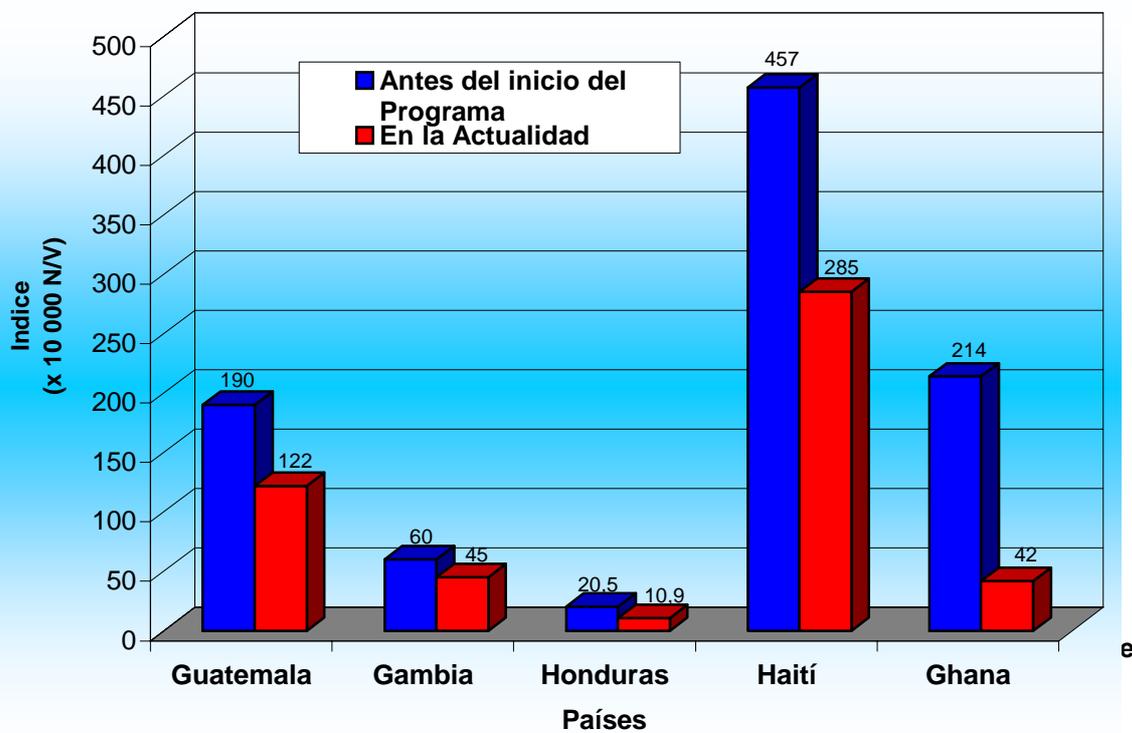
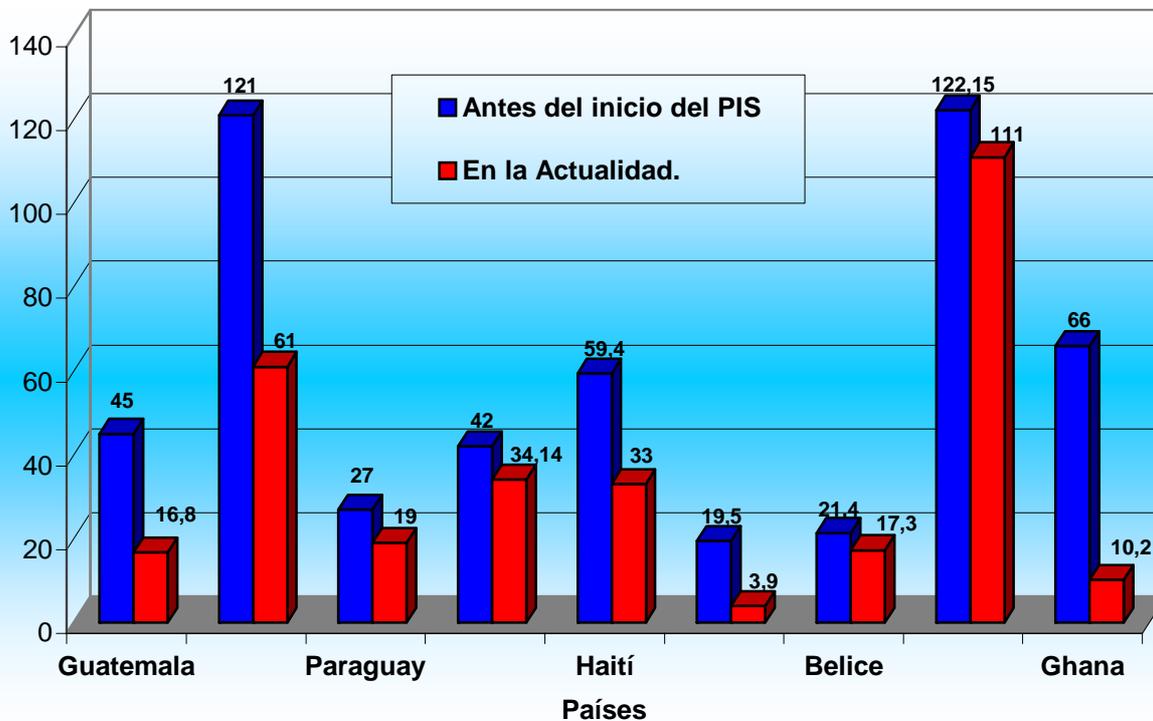
Panamá	1	2	1	3	1	20
Perú	8	3	6	1	2	25
Rep. Dominicana	5	5	5	4	6	109
El Salvador	57	52				31
Santa Lucía	6	6	7	8	4	50
St Vicent y Granadinas	2	23	23	0	2	23
Suriname	8	4	3	5	3	54
Sant Kitts y Nevis	11	10	12	10	11	196
T.y Tobago	1		2	76	117	2
Turcos y Caicos	2					
Venezuela	481	268	275	10300	19 733	31057
Subtotal	2813	2320	1801	12451	21799	41184
Asia/Medio Oriente						
Buthan	1	1	1			3
Campuchea	10	10				20
Cambodia			1	1	1	3
Iraq		6				6
Laos	7	7	2			16
Islas Maldivas	1	1		2	0	4
Qatar	5	14	10	16	26	71
Nauru					11	11
Timor	2				16	18
Tchad				34	35	69
Yemen	42	47	38	64	73	264
Subtotal	68	86	52	117	162	485
Europa						
España	5	6	7	5	1	24
Italia		1	1	1	1	4
Kosovo	11					11
Portugal	8	5	7	7	2	29
Suiza	2	2	2	1	1	8
Ucrania	7	7	7	4	7	32
Subtotal	23	21	24	18	12	108
TOTAL	4770	4313	3840	14636	23898	51457

Tabla No.6: Distribución de los colaboradores cubanos en Guinea Bissau según periodos de tiempo. Dirección de Relaciones Internacionales. MINSAP/2005.

Períodos	No.	%
75-79	191	20.4
80-89	503	53.9
90-99	215	23.1
200-2004	24	2.6
Total	933	100

Nota: A finales de la década de los 90 y en los primeros años del siglo la colaboración disminuyó producto al conflicto armado que hubo en dicho país.

Grafica 1. Comportamiento de la Mortalidad Infantil en las BMC del Programa Integral de Salud, Marzo 2006.



1960	Chile	Terremoto
1970	Perú	Terremoto
1971	Chile	Terremoto
1972	Nicaragua	Terremoto

1974	Honduras	Huracán
1980	Argelia	Terremoto
1985	México	Terremoto
1986	El Salvador	Terremoto
1987	Ecuador	Terremoto
1988	Armenia	Terremoto
1988	Nicaragua	Huracán
1990	Irán	Terremoto
1990	Nicaragua	Lluvias Intensas
1992	Nicaragua	Erupción Volcánica
1998	Rep. Dominicana	Huracán
1998	Guatemala	Huracán
1998	Honduras	Huracán
1998	Nicaragua	Huracán
1998	Perú	Lluvias Intensas
1999	Colombia	Terremoto
1999	Honduras	Lluvias Intensas
1999	Venezuela	Lluvias Intensas
1999	Kosovo	Post-Guerra
2000	El Salvador	Epidemia Dengue
2001	El Salvador	Terremoto
2001	Ecuador	Epidemia de Dengue
2002	Nicaragua	Epidemia de Dengue
2003	Honduras	Epidemia Dengue
2003	Argelia	Terremoto
2005	Indonesia, Sri Lanka	Tsunami
2005	Guyana	Lluvias Intensas
2005	Guatemala	Inundaciones
2005	Pakistán	Terremoto
2006	Bolivia	Lluvias Intensas
2006	Indonesia	Terremoto