

Titulo: La Práctica de la Intersectorialidad en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Cuba"

Autores: Berta Lidia Castro Pacheco*, María Cecilia Santana Espinosa**, Rosabel Cuéllar Álvarez***, María del Carmen Machado Lubián****, Gisela Álvarez Valdés*****

*Master en Atención Integral al Niño, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Consultante de la Facultad Joaquín-Albarran. La Habana. Cuba.
Teléfono 53-7-7667872 Email: bertalcastro@infomed.sld.cu

**Master en Dirección, Investigadora Auxiliar, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública.

***Especialista de Primer Grado en Bioestadística, Funcionaria de del MINSAP. La habana. Cuba.

****Master en Atención Integral al Niño, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Asistente de la Escuela Nacional de Salud Pública. La habana. Cuba.

***** Especialista de Primer Grado en MGI y en Pediatría, Profesora Asistente de Facultad Julio Trigo. La Habana Cuba.

Resumen

Durante la Cumbre del Milenio (2000) los Jefes de Estado hicieron explícito sus compromisos de cumplimiento de los Objetivos Desarrollo del Milenio (ODM) el panorama mundial en el 2005 fue de pobreza y desiguales índices de supervivencia infantil. El informe de Cuba 2010 muestra cumplimiento favorable de los ODM lo que evidencia positivas políticas sociales y participación social e intersectorial en la solución de los problemas. Objetivo describir las medidas intersectoriales desarrolladas en por los sectores sociales y de la economía durante los últimos 50 años en favor del grupo poblacional en estudio según comportamiento de indicadores trazadores e identificar lecciones aprendidas. Metodología: se realiza revisión bibliografica y documental, entrevistas a informantes claves y se aplica cuestionario a profesionales, autoridades sanitaria

y directivos de otros sectores. Resultados: se reseñan lecciones aprendidas: el principio de la distribución *equitativa* de ingresos, políticas públicas y medidas jurídicas que eleven el nivel escolar y cultural de la población seleccionada y su estado de salud. Se comprueba la *voluntad política del Estado, la dirección centralizada de salud, la participación social y la intersectorialidad* que se pone de manifiesto en la integración de las actividades para garantizar la salud de madres y niños.

Introducción

En el año 2000, durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los jefes de estado y de gobierno de 189 países suscribieron la Declaración del Milenio y trazaron los Objetivos Desarrollo del Milenio (ODM). El número 1 se refiere a la pobreza y plantea la meta de erradicar la pobreza extrema y el hambre; el número 2 relacionado con educación formula como meta lograr la educación básica y universal y el número 4 concerniente a la supervivencia infantil tiene como propósito reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años de edad (TMM5). No obstante los esfuerzos de los gobiernos y otros sectores de la sociedad todavía muchos países no han logrado progresos suficientes en el cumplimiento de estos objetivos.

Un análisis publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2005 ilustra el estado de cumplimiento de los ODM a nivel mundial y evalúa como *desiguales* los avances en el cumplimiento de las metas relacionadas con los objetivos pobreza extrema y educación básica y valora como *muy deficientes* los progresos alcanzados en relación con la supervivencia infantil. El informe pone de manifiesto que, de no alcanzarse estos objetivos, las consecuencias para la infancia serán trágicas, particularmente para las niñas y los niños de los países en desarrollo. Si el objetivo se cumple, las vidas salvadas ascenderán a 5,4 millones; de no ser alcanzado ocurrirán 4,3 millones de muertes en menores de cinco años durante el año 2015 de mantenerse las tasas actuales. La mayoría de estas defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo y muchas de ellas podrían ser evitadas de aplicarse un grupo de intervenciones básicas de salud generalizadas.

En el caso Cuba, en el año 2010 se presentó un Informe sobre el estado de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel nacional; el documento evidencia el papel asumido por los diversos sectores de la sociedad

desde un modelo particular de proyección intersectorial y participación ciudadana, así como el Proyecto de monitoreo de los ODM a nivel local.

En relación con el cumplimiento del ODM 1, la protección brindada por la seguridad y asistencia social cubre 100% de la población, con particular intencionalidad hacia las embarazadas, los niños y otros grupos vulnerables. La proporción de menores de cinco años con insuficiencia ponderal es de 4,0 % y el índice de bajo peso al nacer de 5,1 %. En referencia al ODM número 2 el país alcanza una tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria de 99,7 %, una tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años de 99,96%. En los indicadores de los diferentes niveles de enseñanza los resultados son favorables por lo que se afirma que este Objetivo es una meta cumplida en Cuba.

El ODM 4 relacionado con la supervivencia de niños y niñas hasta los cinco años de edad muestra también resultados favorables. Cuba alcanza en el 2010 el mejor resultado de la región de las Américas con una tasa de mortalidad infantil de 4,5 defunciones menores de un año por 1,000 nacidos vivos, se reporta una tasa de mortalidad en el menor de cinco años de 4,7 fallecidos por 1,000 nacidos vivos con una reducción desde 1990 de 57%; las tasas son discretamente inferiores en las niñas con relación a los niños, lo que manifiesta que no existen situaciones lesivas a los derechos de las niñas. Otros indicadores trazadores de la salud materno infantil fueron evaluados con resultados favorables. La evolución observada permite calificar como *probable* el cumplimiento de este ODM considerando la prioridad que brinda el estado cubano al programa de atención materno infantil, mediante el enfoque intersectorial en su aplicación, además del monitoreo permanente de sus resultados por la dirección del Ministerio de Salud Pública.

Los indicadores relacionados con estos tres ODM muestran una distribución por provincias homogénea lo que atestigua la equidad territorial alcanzada.

El siguiente trabajo expone algunas medidas intersectoriales desarrolladas por Cuba en el contexto social y económico con el liderazgo de los sectores salud y educación, que definen la evolución simultánea de los principales indicadores relacionados con la salud infantil en el país.

Objetivos

- Describir las medidas intersectoriales de carácter político, social y económico desarrolladas en la educación y en el sector de la salud en Cuba durante los últimos 50 años.
- Presentar y analizar los resultados de los principales indicadores de salud infantil en las últimas cinco décadas.
- Identificar las lecciones aprendidas en el proceso de cumplimiento de los Objetivos números 1, 2 y 4 de Desarrollo del Milenio.

Metodología

Se realizó un estudio transversal de recolección de datos que describe las medidas generales e intersectoriales de carácter político, social, económico y educacional desarrolladas en el país profundizando en las desplegadas por el sector de salud con la participación de otros sectores.

Se agruparon por décadas y se relacionaron con la evolución de los principales indicadores de salud infantil: tasas de mortalidad infantil y tasas por componentes, mortalidad por principales causas, mortalidad por sexo, mortalidad proporcional en relación con las defunciones de todas las edades y tasa de mortalidad por provincias. Se revisa la tasa de mortalidad del menor de cinco años, el porcentaje de supervivencia a los cinco años de edad, el índice de bajo peso al nacer, el porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión y las enfermedades infecciosas consideradas como erradicadas en el país; se describen las tasas de mortalidad preescolar y escolar

Se identifican las lecciones aprendidas en el desarrollo de la aplicación de las medidas desarrolladas en el proceso de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Resultados

A partir de 1959 la dirección del país inicia el desarrollo de un grupo de medidas socioeconómicas respaldadas por legislaciones que promovieron cambios que condicionaron el rescate de sus propios recursos y el proceso de transformación para alcanzar formas superiores de desarrollo humano, particularmente los sectores más vulnerables partiendo de una situación poco prometedora:

Entre las medidas de carácter jurídico se identificaron: la primera y la segunda Ley de reforma agraria, la Ley de rebaja de alquileres y de tarifas eléctricas; la Constitución de la República de Cuba/1976 que incluye leyes de protección a las familias, mujeres y niños como el Código de la Familia, las Leyes de la Maternidad de la Trabajadora y el Código de la Niñez y la Juventud, la Ley 41 que legisla los aspectos relacionados con la Salud Pública. También se describen las disposiciones oficiales que establecieron el

acceso gratuito a la educación y la salud estableciendo las bases de la evolución en ambos sectores, la creación de los Órganos Centrales del Estado y del Gobierno, el establecimiento de la nueva división política administrativa y la aprobación de miles de nuevos empleos. Otras legislaciones promulgadas como la Ley de Seguridad Social contribuyeron a la ampliación considerable de los gastos de seguridad social y las posibilidades de la participación de la mujer en el desarrollo de la sociedad; se creó y consolidó con bases jurídicas el sistema de distribución de la canasta básica.

Entre las medidas de carácter social y económico desarrolladas aparece al inicio de la etapa, en 1961, la adopción del sistema socialista como política social rectora del país, el paso a la propiedad del Estado de las grandes empresas extranjeras y de capital privado nacional, los gastos del Presupuesto del Estado se incrementaron particularmente en los sectores de asistencia social, educación y salud, la creación y el perfeccionamiento de organizaciones sociales populares lo que permitió la participación activa de la población en los programas de desarrollo sobre todo en el sector educacional y en el de la salud,

Resulta particularmente interesante en el análisis de las disposiciones económicas y sociales desarrolladas durante la crisis económica de la década de los años noventa la creación y desarrollo del Plan de Período Especial en tiempo de paz que incluyó cambios organizativos en la estructura estatal y el desarrollo de medidas en diferentes sectores con el principio de: a pesar de la crisis mantener la equidad. Este principio estaba en correspondencia con las políticas desarrolladas con la conceptualización de "a pesar de la crisis mantener la equidad". La educación y la salud se afectaron por la falta de recursos materiales y financieros, a pesar de esta situación la política del Estado fue la de mantener a los profesionales de ambos sectores en sus puestos de trabajo y no cerrar ni una sola aula ni un solo centro de salud.

Se desplegaron estrategias de diferentes sectores, en particular, del sector salud. Un ejemplo fueron las acciones desarrolladas ante el incremento del bajo peso al nacer: se revisó el programa de reducción del bajo peso con énfasis en las acciones que debían desarrollar sectores como la agricultura, y organizaciones sociales como las federadas, se incrementó el número de hogares maternos y se modificaron sus funciones, asumiendo como tarea fundamental la adecuada nutrición de las embarazadas. En algunos casos las gestantes fueron vinculadas a los beneficios de los comedores de obreros de su localidad. Las tareas fueron cumplidas y el índice de bajo peso se estabilizó y comenzó a disminuir de nuevo.

Entre las medidas intersectoriales lideradas por el sector de educación se destaca la Campaña de Alfabetización que enseñó a leer y escribir en un solo año a 707,712 adultos,

particularmente de las zonas rurales y apartadas con lo que redujo a 3.9 % el índice de analfabetismo en el país, la creación y desarrollo del Plan Nacional de Becas, de los círculos infantiles, la enseñanza especial y los internados y seminternados. En el estudio se describen entre otras medidas desplegadas las que condicionaron el incremento de la matrícula en todos los niveles de enseñanza, el fortalecimiento del papel de la educación superior en la investigación, la generalización de los cursos a distancia y el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de la computación el fortalecimiento de la enseñanza especial y la preescolar y la implementación y extensión del método de alfabetización YO SÍ PUEDO.

Actualmente se mantienen los programas nacionales consolidados, se enfatiza en un conjunto de transformaciones que trascienden la escuela/familias/ comunidad, se desarrolla la práctica del Programa Educa a tu Hijo y la actividad educativa en los hogares, se ha cumplido con los objetivos de la Conferencia Mundial Educación para Todos en lo referido a enseñanza básica y erradicación del analfabetismo. El sector está enfrascado en la organización en la utilización con calidad de medios audiovisuales, igualmente se desarrollan actividades para incrementar la estabilidad y la superación profesional del personal docente además de crear las condiciones materiales en las instalaciones educativas para el mejor desempeño de los servicios educacionales.

Las medidas intersectoriales lideradas por el sector de salud incluyen: la aplicación y perfeccionamiento del principio de acceso gratuito y universal de la salud, la extensión de los servicios de salud, el establecimiento del Servicio Médico Rural que marcó el inicio de las acciones de atención primaria en el país, la creación de instituciones de nuevo tipo: puestos médicos rurales, hogares maternos y policlínicos, la aplicación de programas como los de Inmunización, de Lucha contra la Gastroenteritis, de Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna que se transformó en el Programa de Atención Materno Infantil, el Plan Turquino Manatí programa de mejoramiento integral de la calidad de vida de los habitantes de las montañas en las que se incluyen las actividades de diversos sectores y en el que se integró la medicina familiar, el de Prevención de Accidentes y el de Formación de Recursos Humanos.

Otras disposiciones fundamentales fueron la creación del Sistema Único Nacional de Salud, el perfeccionamiento de los sistemas de registros estadísticos de salud, el surgimiento y extensión del Programa de Medicina Familiar, modelo sustentado en un enfoque clínico, epidemiológico y social en el abordaje de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad y la creación del modelo de enfrentamiento a las epidemias que constituyó una evidencia del éxito en el país de las acciones intersectoriales que se desarrollaron de forma integrada.

Se crean y desarrollan de forma sostenida los Centros de Investigación del Polo Científico que promueven la incorporación de las tecnologías de diagnóstico prenatal y otras, el desarrollo de vacunas, medicamentos equipos. Se crean las terapias intensivas neonatales y pediátricas, la red cardiopediátrica, el Cardiocentro William Soler.

En el campo de la salud actualmente se están aplicando medidas como el perfeccionamiento del policlínico como institución básica del sistema, la práctica de la aplicación de la Pesquisa Activa y la atención a los programas de genética, de discapacidades, enfermedades crónicas de la infancia, introducción de tecnologías y perfeccionamiento de la rehabilitación.

Resultados de indicadores de salud

- La tasa de mortalidad en el periodo que se analiza ha tenido un comportamiento al descenso lineal, lo que traduce la estabilidad de este indicador.
- Se observa la disminución de la Tasa de Mortalidad Infantil a partir de la década del 70, con un ajuste lineal ($R^2 = 0,89$) del comportamiento descendente de este indicador a pesar de haber aumentado en los primeros 10 años del período estudiado.
- La mortalidad del menor de un año aportaba en las primeras décadas hasta el 20% a la mortalidad para todas las edades, y fue disminuyendo continuamente hasta valores inferiores al 1%.
- En la evolución de la mortalidad infantil por componentes desde la década de los 60 se observa como cada componente ha tenido tendencia a la disminución, mostrando diferencias marcadas entre el período inicial y el final.
- La diferencia entre el límite superior e inferior de la Tasa de Mortalidad Infantil por provincias fue disminuyendo progresivamente.
- Se evidencia un descenso marcado de la tasa de mortalidad del menor de cinco años y consecuentemente el incremento en la supervivencia hasta alcanzar cifras superiores al 99%.
- Todas las causas de muerte en el menor de un año tienen tendencia a disminuir a partir de los años 1970. Las Enfermedades Infecciosas e Intestinales comenzaron a descender desde la primera década del período que se estudia. La mortalidad por accidentes descende; pero no lo ha hecho de igual manera que las restantes causas.

- La notificación de casos por Difteria, Tosferina y Tétanos fue disminuyendo progresivamente en las primeras décadas, se reporta la erradicación de la Difteria, seguida del Tétanos y la Tosferina.
- El Sarampión, la Parotiditis y la Rubeola, tuvieron morbilidades considerables en las primeras décadas, para disminuir hasta dejar de ser un problema de salud con la introducción de las vacunas para estas afecciones.
- El índice de Bajo Peso al nacer tuvo comportamiento ascendente hasta los primeros años de la década del 70; a partir de ese período comienza a disminuir, se eleva en la década de los años 90 y disminuye nuevamente hasta alcanzar cifras inferiores a 6% desde 1999.

La evolución de estos indicadores de salud infantil, puede relacionarse con la validez de las prácticas aplicadas desde cuatro décadas atrás: accesibilidad a los servicios, prioridad para los grupos más vulnerables como basamento de la equidad fundamentada entre otras disposiciones en la participación intersectorial. Un análisis de la experiencia cubana en la atención a la infancia a partir de 1959, permite identificar lecciones aprendidas que podrían ser observadas por otros países empeñados en alcanzar los ODM.

Lecciones aprendidas

- La distribución equitativa de los ingresos priorizando los grupos más vulnerables.
- Las medidas jurídicas que establecieron el derecho a la educación y la salud de todos los ciudadanos constituyendo la base legal de las transformaciones,
- La creación de *programas de educación y salud* de beneficio para la población particularmente para los grupos vulnerables como la campaña de alfabetización, el plan de becas, el Programa Educa a tu Hijo, el programa de inmunización y el desarrollo de la atención primaria de salud
- La *participación de la población* en los programas educativos y de salud.
- La creación de instalaciones como *escuelas de todos los niveles de enseñanza, puestos médicos rurales, policlínicos y hogares maternos* particularmente en zonas rurales o apartadas.
- Las disposiciones de carácter estatal y social que aseguraron la *accesibilidad y gratuidad* de los servicios y el desarrollo de la *intersectorialidad*.

- El desarrollo durante la crisis, de un plan económico, político y social con el objetivo de preservar las conquistas alcanzadas que fortaleció la descentralización, la *intersectorialidad* y la participación comunitaria.

Consideraciones finales

Las lecciones aprendidas en la atención a la salud infantil en Cuba han tenido como bases fundamentales la voluntad y decisión política, expresadas en la priorización concedida por la máxima dirección del país; la dirección centralizada de salud con una integración y supervisión permanente con *la utilización de las bases científicas* y la *vigilancia de salud entre sus herramientas*; la *equidad* con el énfasis en la cobertura universal de acceso a los servicios de educación y salud y la *intersectorialidad como componente estratégico global del sistema de salud* puesta de manifiesto en la integración de las actividades para garantizar la educación y la salud de los niños que tienen lugar en todos los territorios, involucrando a todos los sectores. Todos estos factores han contribuido con una relación dinámica integral a los logros de la atención a la salud infantil en Cuba.

El análisis de las medidas desarrolladas y de la evolución de estos indicadores que constituyen Objetivos de Desarrollo del Milenio en un país con escasos recursos como Cuba, reafirma la conceptualización de que algunos de los problemas del sector salud deben ser resueltos internamente; pero otros requieren de la participación de distintos sectores. De esta manera lo consideran Victora y colaboradores definiendo lo que puede lograr el sector salud por sí mismo y lo que puede alcanzar en coordinación con otros sectores lo que resulta particularmente relevante porque los esfuerzos de todos los sectores se fortalecen al abordar problemas en conjunto evidenciando "la multicausalidad de las ocurrencias".

En el contexto cubano los estudios realizados por Castell-Florit sobre este fenómeno describen cómo el sistema de salud del país ha creado las condiciones para el desarrollo de estas acciones conocidas como intersectorialidad, que están implícitas en las características del propio sistema de salud y aseguradas por disposiciones legales que involucran las actividades de otros sectores como educación, economía, agricultura, cultura y medioambiente así como a las organizaciones sociales y de la comunidad en toda la Isla. Este principio se confirma en la experiencia cubana por la práctica de la intersectorialidad dirigida por el Estado que la ha convocado y coordinado a escala de toda la sociedad durante etapas con características sociales y económicas diferentes y, particularmente difíciles.

En los primeros años la intersectorialidad estaba implícita aunque sin un propósito claramente definido por las propias características de esas acciones. El carácter

intersectorial de la salud pública se manifestó desde el inicio por la proyección de integración social y comunitaria puesta en práctica, basado en principios humanistas y de participación y la atención primaria de salud como estrategia del sistema que sentaron las bases para desarrollar posteriormente la intersectorialidad que, como forma organizativa de trabajo evolucionó en el tiempo acompañando las transformaciones sociales, en correspondencia con las necesidades cambiantes del sistema de salud y por las fuerzas de cambio interno propias de la intersectorialidad en sí". Los mecanismos administrativos, legales y organizativos favorecieron el paso de la intersectorialidad a un desarrollo consciente bien fundamentado. Los conceptos de universalidad, igualdad, participación social e intersectorialidad se consolidaron y contribuyeron a los resultados favorables de educación y salud.

En el presente se incluyen en los programas acciones intersectoriales y se desarrolla el análisis de la situación de salud como herramienta de la intersectorialidad; en el contexto cubano actual la intersectorialidad y la interdisciplinaridad están llamadas a ser fortalecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Estado Mundial de la Infancia 2005, Editorial J&J Asociados, Barcelona, 2004.
2. CUBA. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe. 2010, Palacio de las Convenciones, La Habana, 2010.
3. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. Estado Mundial de la Infancia 2011, UNICEF, Nueva York, 2011
4. De la Torre Montejo, E, López Pardo, C, Márquez, M, Gutiérrez Muñiz, J, Rojas Ochoa, F. "El Desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba" en Salud para todos Sí es Posible, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, La Habana, 2005: 35-94.
5. ROJAS OCHOA, F. "Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba", Rev Cubana Salud Pública, La Habana, 2003; 29 (2): 157-69.
6. VICTORA C G, WAGSTAFF A, SHELLENBERG, JÁ, GWATKIN, D, CLAESON M, HABITCH, JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the save is not enough, Lancet; Reino Unido, 2003; 362 (9379), 233-41.

7. CASTELL-FLORIT SERRATE P. *Intersectorialidad en Cuba*, su expresión a nivel global y local, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2008.
8. CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ECONOMÍA MUNDIAL (CIEM), Martínez Martínez, O, Márquez, M, Hernández Pedraza, G, James Heredia, J, Cobarrubia Gómez, F, Pichs Madruga, R. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Editorial Caguayo, La Habana, 1997.
9. ROJAS OCHOA, F, LÓPEZ SERRANO, E. *Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60*, Investigaciones en Salud Pública, Coordinación de investigaciones División de Salud y Desarrollo Humano, Estados Unidos, ed. *Serie de Documentos Técnicos*, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
10. PORTUONDO PAJÓN, MI, RAMÍREZ GARCÍA, R. *Historia de Cuba 1492-2005, Selección de Artículos y Documentos*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2007; III.
11. VALDÉS LAZO, F. "Práctica Pediátrica en Cuba", Parte I, en: De la Torre Montejo, E, Pelayo González, EJ, eds., *Factores que han contribuido a disminuir la morbilidad y la mortalidad en la niñez, Pediatría / Colectivo de autores*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2006; 1: 23- 26.
12. CASTRO PACHECO, B, CUELLAR ÁLVAREZ, R. Indicadores de salud infantil en Cuba. Revista especial "La OPS /OMS reconoce los logros de la salud pública cubana.OPS/OMS/Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2009, 52-55.
13. LUNA MORALES ,C, SIERRA PÉREZ, D, GANDUL SALABARRÍA, L. "La transformación del Policlínico en Cuba de cara al Siglo XXI", *Salud para todos en el Siglo XXI, "48 años de experiencia cubana"*, en: De Alma Atá a la Declaración del Milenio: Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: "Derechos, hechos y realidades"; Buenos Aires; 2007.
14. CASTRO PACHECO, B, CUELLAR ÁLVAREZ, R. y colectivo de autores. Experiencia cubana en la atención a la salud infantil. 1959 – 2006. MINSAP/OPS/OMS. Editora Política, La Habana, 2010