

# Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la Isla de la Juventud

Justo Senado Dumoy,<sup>1</sup> Juan Rodolfo Cabrera Piñeiro,<sup>2</sup> Cirilo Haro Pérez,<sup>3</sup> Alberto Hatim Ricardo<sup>4</sup> y Helena González Sjostrom<sup>5</sup>

Tras un descenso sostenido en la tasa de mortalidad general desde la década del 60, debido a la reducción del riesgo de morir a edades tempranas y el aumento de la esperanza de vida al nacer, con el consecuente aumento del proceso de envejecimiento poblacional, comenzó a evidenciarse un incremento a partir de la década del 80, al arribar la población a edades más avanzadas.<sup>1</sup>

El desarrollo alcanzado por nuestro Sistema Nacional de Salud nos coloca en situación favorable para enfrentar el reto de los inevitables crecimiento y envejecimiento poblacionales, pero, ¿está la educación médica al ritmo de las exigencias sociales planteadas a los servicios de salud?, o ¿están nuestros profesionales aptos en cuanto a competencia y desempeño para desarrollar y cumplir cabalmente las tareas básicas que les han sido asignadas, es decir, promoción de salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación de enfermos?

Hoy, como cada día, la vida de un vasto número de personas está en manos de los sistemas de salud, desde el nacimiento de un niño sano en un parto sin riesgos, hasta la asistencia digna a las personas de mayor edad, aquellos que ya son más dependientes. Los sistemas de salud tienen una responsabilidad fundamental y permanente para asegurar el desarrollo saludable de los individuos, las familias y las sociedades de todo el mundo. Las deficiencias en la calidad de los servicios de salud, se traducen en elevación del número de defunciones y discapacidades prevenibles.

En resumen, se señala, que el desempeño de los sistemas de salud y de los 35 millones de personas que se calcula trabajan en ellos, determina profundas diferencias en la calidad y el valor, así como en la duración de las vidas de los miles de millones de personas a las que atienden.<sup>2</sup>

La esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad por causas específicas, han tenido gran influencia en la conformación de las prioridades dentro de los servicios de salud. La mortalidad infantil, y sobre todo los años potenciales de vida perdidos, son indicadores que reflejan mortalidad prematura y tienen un mayor grado de sensibilidad. Un indicador al que se le atribuye una gran importancia es el de la mortalidad por causas susceptibles de tratamiento médico o mortalidad innecesariamente prematura, pues se considera que para determinados grupos de edades existen causas de muerte que podrían haberse evitado, si toda la cadena de atención sanitaria hubiera funcionado correctamente; por tanto, el indicador de mortalidad evitable sirve, sobre todo, para monitorizar la calidad de la atención sanitaria. El análisis de la mortalidad infantil, y sobre todo de la mortalidad materna (grave problema persistente en países de nuestra región), evidencia y resulta útil para la valoración del desempeño y la educación permanente de

los recursos humanos en salud.<sup>3,4</sup>

En 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de individuos y familias de la comunidad, recomendando instituciones de investigación y de enseñanza, así como el desarrollo de tecnologías y métodos aptos para mejorar la salud. Es la actividad médica que ofrece atención integral de primer contacto, tanto preventiva como curativa, son los servicios prestados por equipos integrados por médicos, enfermeras y agentes de salud comunitarios, además de otros profesionales de salud.

La prevención clínica implica el dominio de técnicas de comunicación y enseñanza. Por otra parte, el contenido de la información puede no resultar suficiente, al igual que las técnicas de comunicación y las intervenciones realizadas.<sup>5-7</sup> Se entiende por competencia, la aptitud o capacidad para desarrollar de forma idónea una actividad o tarea, es lo que el candidato o educando sabe hacer, se refiere a conocimientos, habilidades, aptitudes, así como la organización, retención y empleo en la práctica médica académica y/o laboral. La competencia profesional está presente en los procesos formativos de pre y posgrado y también en la etapa laboral.

Se entiende por desempeño la aptitud o capacidad para desarrollar competentemente los deberes u obligaciones inherentes a un cargo laboral. Es lo que el candidato hace en realidad. El desempeño profesional es, por tanto, el comportamiento total o la conducta real del trabajador o el educando en la realización de una actividad o tarea durante el ejercicio de su profesión. La competencia profesional abarca al conjunto de conocimientos y habilidades, adquiridos en correspondencia con los objetivos educacionales propuestos. Dentro de las habilidades se incluyen los componentes de la comunicación interpersonal, de realización de procedimientos técnicos (diagnósticos o terapéuticos), etcétera.

No son suficientes los documentos de certificación de grados, sino los conocimientos, las habilidades, capacidades, patrones de comportamiento y clases de actitud mostrados en el trabajo diario, y que constituyen la garantía del éxito en el empleo. Las competencias se tienen en cuenta para definir el desempeño superior, es decir, el desempeño con calidad en el trabajo de todo el personal, para tener éxito. La gestión de competencias permite contar con trabajadores de máxima idoneidad, mejorar la eficiencia de su funcionamiento y prestar servicios de mejor calidad.

Para evaluar la competencia profesional se tienen en cuenta 3 pasos o etapas básicas:

- **Recolección de información:** Abarca la entrevista médica, el examen físico, otras entrevistas y encuestas, empleos de instrumentos e indicaciones, y valoraciones de resultados de investigaciones complementarias.
- **Registro e interpretación de la información:** Comprende la confección de la historia de salud familiar, la historia clínica individual, la integración sindrómica, la identificación y priorización de situaciones o problemas de salud, así como el proceso diagnóstico.
- **Conducta:** Comprende el plan de acción a ejecutar para establecer adecuadamente las prioridades, las medidas terapéuticas, la comunicación con el paciente y la familia, el empleo racional de los recursos, la evaluación del cumplimiento, y la efectividad del plan terapéutico con la debida

responsabilidad en el seguimiento del problema del paciente.

La calidad de la formación y superación de los recursos humanos de la salud se interrelaciona estrechamente con la calidad de los servicios de salud, ya que los procesos educacionales se fundamentan en la interrelación de principios de la educación superior cubana: la combinación de la teoría con la práctica y del estudio con el trabajo (educación en el trabajo), eje y fundamento de todos los procesos educacionales.<sup>8-10</sup>

Podemos decir que el análisis de la mortalidad representa la ocasión para la valoración concluyente de la calidad de los servicios de salud prestados por los representantes del Sistema Nacional de Salud en sus distintos escenarios, a fin de conocer los resultados del proceso de formación y superación de los profesionales de la salud, es decir, su competencia y desempeño. Nos disponemos, por tanto, a presentar nuestra experiencia con la aplicación de una Metodología para Análisis en el Nivel Primario de Salud de Casos Adultos Fallecidos, para conocer el estado de la competencia y desempeño de los profesionales en el nivel primario de atención (anexo).

Nos propusimos como objetivos demostrar la utilidad del instrumento metodológico propuesto para valorar el estado de la competencia y desempeño de los profesionales; así como también identificar las necesidades de aprendizaje y adiestramiento en un área de salud en el nivel primario de atención.

## **Métodos**

Tomamos como universo de nuestra investigación el total de 13 reuniones docentes de Discusión de casos adultos fallecidos realizados por un Grupo Básico de Trabajo (GBT) del Policlínico No. 2 del poblado de La Fe, en Isla de Juventud, durante el curso 2001-2002, entre los meses de octubre de 2001 a junio de 2002, ambos inclusive.

Previamente fue analizado en el colectivo el instrumento metodológico propuesto, para orientar y conducir el desarrollo de estas actividades docentes durante el período de investigación. Al final de cada reunión, el jefe del GBT, entregaba al conductor local de la investigación dichos documentos con la información obtenida. Al final se hizo un análisis en detalles de los datos recibidos, que fueron expresados en números y por cientos y se presentan con su correspondiente interpretación.

Participaron en la investigación los miembros del GBT, los coautores y el autor principal, quien asesoró y supervisó la sistematicidad y fidelidad del trabajo investigativo. Las dificultades confrontadas estuvieron dadas básicamente en las limitaciones para la reproducción de las encuestas a utilizar, la irregularidad en la información sobre casos de adultos fallecidos, así como también que hubo reuniones en las que no se contó con la información necrópsica.

Se consideró adulto aquella persona de 15 años o más, y como acción de salud a la gestión, conducta y acción propiamente que se lleva a cabo con el objetivo de conservar el equilibrio que representa la salud. Se desarrollan con el propósito de cumplir las tareas básicas de los profesionales de la salud, que son la

promoción de salud, la prevención y curación de enfermedades, así como la rehabilitación de los enfermos.

## Resultados

El instrumento permitió detectar serias deficiencias en la aplicación del método clínico para la detección y gestión de solución del problema de la persona (tabla 1).

TABLA 1. Recolección de la información

| Método Clínico                      | E   |      | B   |    | R   |      | M   |      |
|-------------------------------------|-----|------|-----|----|-----|------|-----|------|
|                                     | No. | %    | No. | %  | No. | %    | No. | %    |
| Motivo de consulta                  |     |      |     |    | 3   | 23,1 | 10  | 76,9 |
| Interrogatorio                      |     |      | 1   | 76 | 5   | 38,4 | 7   | 53,8 |
| Examen físico                       | 5   | 38,4 | 1   | 76 | 1   | 7,6  | 6   | 46,1 |
| Medios diagnósticos e interconsulta | 3   | 23,1 | 1   | 76 | 3   | 23,1 | 6   | 46,1 |

Fuente: Instrumento metodológico.

La información aportada a través de esta encuesta metodológica permitió conocer de la dispensarización, así como la periodicidad y calidad de los encuentros médico-pacientes. Se pudo conocer también la valoración sobre la calidad de la historia clínica individual.

Los análisis pusieron en evidencia las insatisfacciones en el proceso diagnóstico (tabla 2), e igualmente se detectaron deficiencias en el conocimiento y práctica de las acciones de salud (tabla 3).

TABLA 2. Proceso diagnóstico

| Categoría evaluativa | Casos | %    |
|----------------------|-------|------|
| Excelente            | 0     | 0    |
| Bien                 | 1     | 7,6  |
| Regular              | 0     | 0    |
| Mal                  | 12    | 92,3 |

Fuente: Instrumento metodológico.

TABLA 3. Conducta del profesional

| Acción de salud | Categorías evaluativas |      |     |     |     |      |     |      |
|-----------------|------------------------|------|-----|-----|-----|------|-----|------|
|                 | E                      |      | B   |     | R   |      | M   |      |
|                 | No.                    | %    | No. | %   | No. | %    | No. | %    |
| Promoción       | 2                      | 15,3 | 1   | 7,6 | 1   | 7,6  | 9   | 69,2 |
| Prevención      | 0                      | 0    | 1   | 7,6 | 2   | 15,3 | 10  | 76,9 |
| Curación        | 0                      | 0    | 0   | 0   | 0   | 0    | 0   | 0    |
| Rehabilitación  | -                      | -    | -   | -   | -   | -    | -   | -    |

Fuente: Instrumento metodológico.

El ejercicio docente evidenció la disponibilidad de servicios de los distintos niveles de atención en situaciones de urgencia; y el ejercicio de perfeccionamiento diagnóstico clínico-necropsico mostró el grado de correspondencia clínico-necropsica. También se valoró la calidad de la atención de salud ofrecida, expresada en la evaluación general (tabla 4).

TABLA 4. Evaluación general

| Correspondencia | Casos | %    |
|-----------------|-------|------|
| Excelente       | 0     | 0    |
| Bien            | 0     | 0    |
| Regular         | 1     | 7,6  |
| Mal             | 12    | 92,3 |

Fuente: Instrumento metodológico.

La metodología aplicada permitió conocer los resultados de las valoraciones concluyentes de estas reuniones (tabla 5).

TABLA 5. Valoración concluyente

| Valoración concluyente  | Casos | %    |
|---|-------|------|
| Señalamientos de riesgos, persistentes                        | 5     | 38,4 |
| Complicaciones de patologías de base                          | 4     | 30,7 |
| Falta de adherencia terapéutica para modificar estilo de vida | 4     | 30,7 |

No señala

2

15,3

Fuente: Instrumento metodológico.

## Discusión

Los datos mostrados expresan significativas deficiencias en la aplicación del método clínico, cuyo respeto constituye la garantía de la calidad de la atención médica. Una dispensarización adecuada es aspecto favorable en relación con la clasificación, distribución y control de la atención de salud, es decir, la organización de los servicios en el área de salud.

A pesar de las dificultades con la recolección de la información (a lo cual hicimos referencia en el primer párrafo de esta discusión), en la mayoría de los casos la calidad de la historia clínica individual fue considerada adecuada, lo que denota la concientización sobre las deficiencias profesionales y las estrategias para su tratamiento, deben mejorar.

Las dificultades detectadas en el proceso diagnóstico cobran mayor importancia si se tiene en cuenta que se trata de pacientes del grupo dispensarial III. La promoción de salud y la prevención de enfermedades, 2 tareas fundamentales en la actividad médica primaria, fueron desatendidas o mal atendidas, lo que favoreció el aumento de los problemas de salud, con consecuencias desagradables para la salud y la vida de las personas atendidas.

A pesar de que en un número considerable de casos el episodio final ocurrió y se atendió en el nivel secundario de atención, se evidenció la disponibilidad de las distintas instancias para la atención de estas situaciones. La correspondencia clínica-necrópsica contribuye al desarrollo del pensamiento científico, la agudeza clínica y la certeza diagnóstica, no obstante, es lamentable que en todos los casos no se dispuso de la información necrópsica.

La evaluación general puso de relieve, deficiencias en la orientación, ejecución y control de la atención de salud brindada. La valoración concluyente de estas reuniones de análisis señaló situaciones presentadas como responsables del final desagradable, sin embargo no se mencionaron situaciones advertidas en los contenidos anteriores.

En resumen, puede comentarse que el instrumento metodológico aplicado permitió detectar deficiencias en relación con la búsqueda, recolección e interpretación de la información sobre el proceso salud-enfermedad en los casos analizados, así como también dificultades en el proceso diagnóstico y en el conocimiento y práctica de las acciones de salud.

Trabajos del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, hoy Escuela Nacional de Salud Pública, destacan que la política fundamental del Sistema Nacional de Salud en Cuba es elevar el nivel de salud de la población, a un plano comparable al de los países desarrollados, lo que determina que debe realizarse un serio esfuerzo en la preparación de los recursos humanos, e implica la formación no solo de

nuevos profesionales y técnicos, sino la necesidad de jerarquizar la educación permanente entre las demás formas de superación existentes en el sistema, acorde con el enfoque de la calidad como problema fundamental de los servicios de salud y condición indispensable para la docencia, la que a su vez contribuirá a elevar la calidad de los propios servicios de salud. Señalan también que las inspecciones integrales que el MINSAP realiza a los centros de Educación Médica Superior (EMS) a partir de 1992, tienen como eje conductor la verificación del desempeño profesional y el nivel de competencia alcanzado por los estudiantes de las asignaturas y disciplinas esenciales, así como también y durante el desarrollo de su práctica preprofesional (internado); e igualmente de los residentes en las diferentes especialidades básicas, a fin de garantizar la calidad de su formación y consecuentemente la calidad de los servicios que brinden a la población.<sup>11,12</sup>

## Conclusiones

La Metodología para Análisis en el Nivel Primario de Salud de Casos Adultos Fallecidos, instrumento metodológico utilizado en esta investigación, resultó útil para valorar el estado de la competencia y desempeño de los profesionales en un área de salud del nivel primario de atención, poniendo en evidencia necesidades de aprendizaje y adiestramiento en relación con el conocimiento y prácticas del método clínico y las acciones de salud, así como el nivel de calidad de la atención general de salud ofrecida.

## Recomendaciones

1. Activar la correspondencia interinstitucional o entre los niveles de salud, de manera que los policlínicos reciban los informes necrópsicos correspondientes a adultos fallecidos de sus áreas.
2. Extender la utilización de esta metodología para que los colectivos de profesionales de otros policlínicos puedan contar con sus beneficios.

## Anexo

Metodología para el análisis en el nivel primario de salud de casos adultos fallecidos

1. ÁREA DE SALUD \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
A.P.F. \_\_\_\_\_  
A.P.P. \_\_\_\_\_
2.  
2.a. MOTIVOS RELEVANTES DE CONSULTA (POR SU REITERACIÓN Y/O IMPACTO)  
\_\_\_\_\_

2.b. FACTORES DE RIESGO DESTACADOS (POR SU REITERACIÓN Y/O IMPACTO).  
DEL INDIVIDUO (ESTILO DE VIDA) \_\_\_\_\_

DEL HOGAR (CONDICIONES DE LA VIVIENDA. MODO DE VIDA FAMILIAR)  
\_\_\_\_\_

DEL ÁREA LABORAL (CONDICIONES LABORALES) \_\_\_\_\_

DE LA COMUNIDAD (MODO DE VIDA COMUNITARIO) \_\_\_\_\_

2.c. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INTERÉS  
\_\_\_\_\_

3.

3.a. COMENTARIOS O INFORMACIONES SOBRE IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS  
\_\_\_\_\_

3.b. INFORMACIÓN APORTADA POR LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS  
\_\_\_\_\_

3.c. INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA COMO RESULTADO DE  
INTERCONSULTAS  
\_\_\_\_\_

3.d. DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRINCIPAL  
\_\_\_\_\_

TIEMPO DE PADECIMIENTO \_\_\_\_\_

CLASIFICACIÓN \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES U OTROS DIAGNÓSTICOS  
\_\_\_\_\_

4. GRUPO DISPENSARIAL \_\_\_\_\_

¿LOS ENCUENTROS SE REALIZARON EN EL CONSULTORIO Y EL HOGAR CON LA  
PERIODICIDAD Y LA CALIDAD REQUERIDAS? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5.

5.a. SINTETICE LAS ACCIONES DE SALUD (DE PROMOCIÓN DE SALUD,  
PREVENCIÓN  
CURACIÓN DE ENFERMEDADES Y DE REHABILITACIÓN) QUE LE FUERON  
REALIZADAS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.b. POR SU(S) ENFERMEDAD(ES) ASISTIÓ A CUERPOS DE GUARDIA, O ESTUVO  
HOSPITALIZADO EN UNA \_\_\_\_\_ O VARIAS \_\_\_\_\_ OCASIONES, SEÑALÁNDOSE  
AL FINAL DE LA ATENCIÓN, EL(LOS) SIGUIENTE(S) DIAGNÓSTICO(S):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.c. CRITERIO MÉDICO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE SALUD  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.

6.a. ¿SU FAMILIA ES FUNCIONAL? \_\_\_\_\_ ¿O DISFUNCIONAL?  
\_\_\_\_\_

6.b. CRITERIO MÉDICO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA Y SU FAMILIA  
EN LA GESTIÓN DE LA SALUD (CUMPLIMIENTO DE ORIENTACIONES PREVENTIVO  
\_\_\_\_\_

- CURATIVAS) \_\_\_\_\_
7. ¿LA HISTORIA CLÍNICA OFRECE LA INFORMACIÓN ADECUADA? \_\_\_\_\_ ¿O DEFICIENTE \_\_\_\_\_ SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y LA ATENCIÓN BRINDADA?
- 8.
- 8.a. ¿FUE ESPERADA? \_\_\_\_\_ ¿O SORPRESIVA \_\_\_\_\_ LA MUERTE?
- 8.b. ¿DÓNDE Y CÓMO SE DESCRIBE EL CUADRO CLÍNICO FINAL?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 8.c. FUE ATENDIDO EN EL DOMICILIO \_\_\_\_\_ POLICLÍNICO \_\_\_\_\_ HOSPITAL \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
- 9.
- 9.a. DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) PROPUESTO(S) COMO CAUSA DE MUERTE DIRECTA
- \_\_\_\_\_
- BÁSICA \_\_\_\_\_
- CONTRIBUYENTE (S) \_\_\_\_\_
- 9.b. LOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y LOS DIAGNÓSTICOS NECRÓPSICOS COINCIDEN: TOTALMENTE \_\_\_\_\_ PARCIALMENTE \_\_\_\_\_ O NO COINCIDEN \_\_\_\_\_
10. VALORACION FINAL Y EXPERIENCIAS COMO RESULTADO DEL ANÁLISIS
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Salud pública en Cuba, hechos y cifras. La Habana: FNUAP, UNICEF; 1999.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general. Ginebra, 2000. p. 7-9.
3. Martínez F. Salud pública. Madrid: Mc. Graw Hill; Interamericana; 1998. p. 341-5.
4. Organización Panamericana de la Salud. La salud reproductiva: parte integrante desarrollo humano. Rev Panam Salud Pública. 1998;4(3):211-7.
5. \_\_\_\_\_. Evaluación de la tecnología empleada en la atención de salud. Rev Panam Salud Pública 1997;2(5):363-72.
6. Haq C. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Boletín Sanit Panam. 1996;120(1):44-57
7. Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica. Guía para médicos. Washington DC.

1998. p. 525 (Publicación Científica; 568).
8. Salas R. Educación en salud, competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p.117-20.
  9. Organización Panamericana de la Salud. Gestión del desempeño basado en competencias. Guía para gerentes. Washington D.C. 2000. p. 3-12.
  10. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Ministerio de Salud Pública. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Rev Cubana Educ Med Super, 2000;14(2):136-47.
  11. Salas R, Aneiros R, Hatim A. La evaluación de la competencia clínica de los educandos mediante las inspecciones integrales en la educación médica superior. Ministerio de Salud Pública. Rev Cubana Educ Med Super, 1996;10(1):19-27.
  12. Urbina O, Barazal A. Experiencia de la evaluación de la competencia profesional en enfermería en el período 1997-1999. Rev Cubana Educ Med Super 2000;16(2):120-7.

Recibido: 1ro. de junio de 2004. Aprobado: 22 de febrero de 2005.

Dr. *Justo Senado Dumoy*. Edificio 38-A, apto. 3, piso 2, Zona Micro 10, Reparto Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. Email: [jsd@infomed.sld.cu](mailto:jsd@infomed.sld.cu)

**<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García".**

**<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor de la Filial de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud.**

**<sup>3</sup> Licenciado en Biología. Profesor Asistente de la Filial de Ciencias Médicas de la Isla de la Juventud.**

**<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias. Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública.**

**<sup>5</sup> Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Doctora en Ciencias. Profesora Titular de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García".**