

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

**Palabras por el prof. Dr. Jorge González Pérez PH.D.,
Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de la
Habana, En la clausura de la XII Jornada de Profesores
Consultantes. Escuela Latinoamericana de Medicina. 15 de
diciembre de 2012**

**A few words by professor Jorge Gonzalez Pérez PH.D. Rector of
medical Sciences Havana University During the closing of the XII
meeting of consultant professors. Latinoamerican School of
Medicine, Havana City, december 15th, 2012**

Profesor Jorge González Pérez PH.D.

Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Compañeros de la Presidencia,

queridos profesores consultantes,

familiares e invitados que nos acompañan:

Nos reunimos una vez más en el contexto de la Jornada del Trabajador de la Salud y el Día del Educador para compartir con ustedes, nuestros profesores consultantes, algunos aspectos de la vida académica de nuestra Universidad, y celebrar juntos ambas fechas, momento de gran significación para todos nosotros, que además de cumplir con la hermosa tarea de educar, también coincide en nuestro caso el de ser dignos trabajadores del sector de la salud.

Como todos ustedes han conocido, recién hemos concluido la Convención Cuba Salud 2012, evento en que se resaltó una vez más el importante desarrollo de la Salud Pública cubana, y a nuestro país como referente en ese campo. Puede afirmarse que este fue un importante momento para intercambiar sobre el desarrollo de la Salud Pública en el mundo y modestamente mostrar lo que puede lograrse cuando existe la voluntad política para dar al pueblo la atención en salud que merece, siendo Cuba un indiscutible ejemplo a seguir, reconocido por todos los profesionales, expertos y directivos asistentes al Evento, entre ellos veinte Ministros de Salud Pública, por lo que tenemos que sentirnos muy orgullosos, pues han tenido ustedes, como profesores consultantes, un papel muy importante en gran parte de esos resultados.

Fue este también un momento para firmar varios acuerdos de Colaboración con otros países, los que incrementan la numerosa lista de los ya existentes, y que no sólo se concretan en enviar a otros pueblos la colaboración médica cubana, existente ya en 65 países con casi

40 000 trabajadores de la salud cumpliendo esta misión, sino que también en estos acuerdos firmados se establece la colaboración en el plano académico, no sólo participando profesores nuestros en la labor educativa en otros pueblos, que, en algunos casos, han sido los actores principales para crear nuevas escuelas de Medicina en diferentes continentes, sino que en estos momentos están ya en Cuba, o se espera su llegada en breve tiempo, de miles de jóvenes para estudiar carreras de las Ciencias Médicas en forma autofinanciada o desarrollar actividades de superación y formación del postgrado en nuestro país, todo ello gracias a la existencia de una prestigiosa tradición académica de formación de recursos humanos en salud en Cuba, con altísima calidad, tanto para nuestro pueblo como para otros pueblos del mundo, de lo cual todos ustedes son fieles exponentes y actores principales de la imagen lograda en ese campo.

Pero el propio desarrollo de esta actividad autofinanciada dentro de nuestro Sistema de Salud nos compromete mucho más a elevar cada día la calidad del servicio que se ofrece y, en particular, en el caso de la Universidad, nos implica cada vez más a desarrollar un proceso docente educativo de excelencia, pues si bien nosotros tenemos la gran experiencia de haber formado miles y miles de profesionales de la salud para Cuba, y en forma solidaria para otros pueblos, y de igual forma hemos preparado una gran masa de especialistas en diferentes campos del saber profesional para distintas partes del mundo, de forma exitosa, no deja de ser un reto mayor el retomar esta tarea de la formación autofinanciada, lo que quiere decir que se recibe un ingreso para nuestro pueblo por esta actividad, y aunque para nosotros los profesionales, los académicos que realizamos esta tarea, es continuar haciendo lo mismo que siempre hemos hecho, es necesario siempre recordar algunos aspectos regulados en nuestra actividad docente educativa, o quizás, dicho de otra manera, conocer bien lo normado para exigir más y ser muy rigurosos en el control y fiscalización de todos los procesos académicos, y siempre contar con la necesaria evidencia de cada cosa que hacemos, para así poder asumir con total responsabilidad la misión que se nos está encomendando.

Para poner algunos ejemplos que permitan ilustrar lo que quiero transmitirles, tengamos en cuenta que en el caso de la actividad de pregrado, en particular en la Carrera de Medicina, existe un programa de estudios, que está perfeccionado y actualizado, basado en la formación de médicos desde la Atención Primaria de Salud (APS), con objetivos, contenidos y formas de desarrollo de los procesos, que permite

delimitar muy bien las tareas en cada nivel de atención y actuación. Eso comprende el desarrollo de habilidades que deben ser controladas de forma individual a cada estudiante, para lo que existe una "tarjeta de evaluación", la que debe en cada caso avalar el profesor en cada actividad que se ejecute, con su firma, conociendo en cada semana del curso escolar qué corresponde realizar.

Esto, que es bien conocido y sencillo de entender, lamentablemente pienso que no siempre se cumple en la vida cotidiana del desarrollo de nuestro proceso docente educativo, y en más de una ocasión en que se han realizado controles a este proceso, hemos podido encontrar que aunque se hacen las cosas, no se escribe y firma como corresponde en la "tarjeta" que tiene cada estudiante, lo que trae como consecuencia la falta de la evidencia documental de que se ha cumplido lo programado para el proceso, y que sea la constatación de que se ha seguido el principio de la evaluación sistemática, como lo recoge nuestro plan de estudios, aspecto este que debe ser superado de forma radical, lo que tiene mayor significación en las nuevas condiciones de la actividad autofinanciada, por la trascendencia que esto tiene en los compromisos contraídos.

Considero que ocurre de igual forma, aunque quizás en menor grado, en la actividad del postgrado, también con las tarjetas de evaluación de los residentes, las que son una de las formas de controlar y evidenciar que el proceso se ha cumplido como corresponde, y que lamentablemente no siempre tenemos el trabajo de escribir en ellas y firmar cada una de las actividades que aparecen en su plan de formación, aún cuando han sido cumplidos (asistencia, guardias, consultas, casos, intervenciones, conducta, entre otros aspectos).

En todas las especialidades, debe el residente vencer determinados objetivos de formación, que a través de los contenidos y habilidades conllevan haber realizado un número mínimo de actividades, como intervenciones quirúrgicas de un tipo específico, horas de guardia mensuales, número de casos vistos de determinada entidad nosológica, o, por ejemplo, en el caso de mi especialidad que es Medicina Legal, el haber realizado un número mínimo de levantamientos de cadáveres o necropsias, siendo ello una limitante para poder pasar de una estancia o rotación hacia otra, no importa si ya se ha vencido el tiempo mínimo de tal o más cual número de semanas para esta parte del programa.

Siempre recuerdo cómo en el caso de los residentes de Medicina Legal de la provincia de Cienfuegos, deben estos en muchos casos venir a La Habana para realizar determinadas rotaciones, ya que debido a la morbilidad y mortalidad existente en su provincia, que es pequeña, no logran ellos en el tiempo teórico establecido, alcanzar el desempeño adecuado del profesional que desean especializar. Esto es un ejemplo positivo de cómo debe actuarse en la formación de recursos humanos, y el porqué resulta necesario la acreditación sistemática de cada uno de los escenarios donde se van a llevar los procesos académicos, pues deben cumplirse los requisitos establecidos para que el proceso que allí se desarrolla sea de calidad, haya o no masividad.

Debe entonces tenerse bien claro que lo que establece el plan de estudios, tanto en el pregrado como en el postgrado, es de **obligatorio cumplimiento** por parte de todos los docentes, y que es también actividad obligada de control por parte de todos los directivos del Sistema, como lo ha sido siempre, pero ahora con un compromiso mayor con el desarrollo de la actividad autofinanciada.

Pero no es sólo el recordatorio necesario de lo establecido en los Reglamentos lo importante; en el caso del postgrado ocurre que algunos de los profesionales que se forman en una especialidad para otros países, conocen o traen consigo el plan de estudios de la misma en su país, el que no siempre coincide con las rotaciones, contenidos, tiempo de duración, entre otros aspectos de esta, con el plan de estudios de nuestro país. Incluso, a veces ni siquiera coincide el nombre de la especialidad, y en otras, lo que bajo un determinado nombre se abarca en ambos países, no es coincidente en su contenido y perfil de salida del profesional, todo lo que debe ser bien conocido y esclarecido en cada caso, para así evitar confusiones y que se cometan violaciones, casi siempre plagadas de las mejores intenciones, pero que van contra del rigor del proceso, sin que esto signifique que no se tenga en cuenta la flexibilidad necesaria en cada caso, la que debe siempre ser aprobada por la instancia autorizada, como corresponde a un proceso de esta envergadura.

Existen otros aspectos que se vinculan a esto, como lo es el control de la asistencia a las actividades programadas, que si bien está establecido por Reglamento, lamentablemente ocurre que en el momento en que vamos a revisar su cumplimiento, no siempre encontramos el documento establecido ni la forma correcta de su control, incluido la asistencia a actividades de evaluación, que en caso de ausencia debe existir el documento que justifique la misma, y se hayan seguido los pasos establecidos para poder autorizar asistir a la actividad en otro momento del cronograma de evaluaciones.

Todos sabemos que en el pregrado para poder asistir a una actividad evaluativa debe tenerse, en el momento de esta, el "Acta de examen", que es un documento oficial, que tiene que venir impreso, firmado y acuñado por la Facultad. Nadie que no aparezca en el mismo puede ser evaluado, ni siquiera puede entrar al acto de evaluación, tampoco puede hacerlo quien no se presente con su documento de identidad, aún cuando sea bien conocido. No es noticia para ninguno de nosotros que, en ocasiones, al igual que se ha cometido la violación de incorporar al listado de clases a un alumno que no es matrícula oficial de la Facultad; también se ha cometido la violación de permitir la evaluación a un estudiante que no tiene derecho, todo lo que luego ha generado miles de conflictos, y como es lógico la aplicación de medidas disciplinarias a los violadores de lo establecido, a pesar de que este último aspecto no es el que resuelve el problema.

Si bien existe una cultura de las relaciones entre profesores y estudiantes, que se basan en el principio del respeto mutuo, y tanto en el pregrado como en el postgrado hay experiencias muy positivas en Cuba, debe tenerse en cuenta que cuando existe una actividad autofinanciada, estos niveles de exigencia deben ser mayores, desde el respeto a no suspender ninguna actividad programada, puntualidad en las mismas, porte y aspecto de estudiantes y profesores, calidad de la actividad académica que se desarrolle, actualización del conocimiento que se aborde, así como la evaluación justa y precisa, con dominio pleno del contenido exigido a evaluar para cada ocasión, y con actividades grupales que permitan la mejor comprensión de todos de los resultados finales del proceso.

Como vemos, podemos entender que estamos en la continuidad de un proceso de formación de recursos humanos, en el cual tiene amplia experiencia nuestra Universidad y su claustro, pero que eso no significa que identifiquemos con tiempo los nuevos factores a que nos debemos enfrentar, para tratar de evitar los riesgos en nuestras actuaciones, con mejor comprensión de las dificultades para lograr resultados superiores en esta etapa que recién comenzamos.

Para tratar de hacer más comprensible mis planteamientos, por ejemplo, en Cuba existen tres especialidades por separado que son la Hematología, Alergología e Inmunología, y en otros países puede que estas existan mezcladas entre sí, como es el caso de la Alergología e Inmunología o Laboratorio clínico e Inmunología, de ahí que debe verse siempre qué es lo que en verdad quiere estudiar quien se matricula o, a veces, qué es lo que en verdad necesita el país que quiere formar dichos recursos humanos para resolver los problemas de salud de su pueblo.

Pongo de ejemplo una experiencia reciente: se ofertaron becas en un país para estudiar "Cirugía de trasplante" en Cuba en 4 años de formación. Era una necesidad de dicho país abrir un Servicio Nacional de Trasplantología. Cuando llegaron los candidatos, cuya oferta realizada nosotros desconocíamos, tuvimos que explicarles que eso no existe, que nadie estudia Cirugía de Trasplante, pues primero hay que ser cirujano, luego tener mucha experiencia acumulada y, finalmente, prepararse para un área concreta de la Trasplantología. Hubo que explicarles que una cosa es trasplantar córnea o piel, otra cosa es trasplantar riñones o hígado, y muy diferente es hacer un trasplante cardíaco o de corazón, pulmón. Que todo esto impide que alguien pueda ser titulado como especialista de trasplante, y que nosotros por principio no admitimos ningún proceso formativo que sea fraudulento, y que con el mayor respeto para los que de forma equivocada hicieron la convocatoria, nosotros no aceptábamos a nadie matriculado en un postgrado para esa formación, pues no existía. Luego del debate hubo la debida comprensión y fue identificado el error, pero esto se convirtió para nosotros en una verdadera enseñanza.

También puede ocurrir al contrario, que algunas especialidades que tienen en Cuba un perfil amplio están fragmentadas en otros países del mundo. Por ejemplo, la Ginecología y Obstetricia en algunos países es Ginecología por un lado y Obstetricia por el otro, o incluyen en la Obstetricia una parte con otra especialidad nuestra para titularla como "Medicina materno fetal" (mezcla de Obstetricia con Neonatología).

En otros casos, existen diferentes enfoques de formación entre países, como la ya mencionada Medicina materno fetal, y que también podemos ver en la Oncología Clínica y la Imagenología, que en otros países dan lugar a la Oncología, la Radioterapia, la Quimioterapia, la Medicina Nuclear, cada una por separado. Otro ejemplo es la Cirugía Plástica y Caumatológica y la Cirugía Maxilofacial, esta última sólo para estomatólogos en Cuba, y que si bien en algunos países están concebidas de igual forma a la nuestra, en otros dan lugar a la Cirugía Maxilofacial y la Cirugía Estética y Reconstructiva, unidas o por separado, o mezcladas a veces con la cirugía de la mano, que en Cuba es parte de la Ortopedia. En fin son conceptos diferentes.

También en ese sentido existe una tendencia en muchos países de la división de múltiples especialidades para el campo del adulto y el niño con titulación específica, tal y como hacemos nosotros con la Cirugía General (del adulto) y la Cirugía Pediátrica, o con la Psiquiatría (del adulto) y la Psiquiatría Infantil. Esto, en otros países, se ve extendido también a la Anestesiología, la Cardiología, la Gastroenterología, la Hematología, la Inmunología, la Nefrología, la Neurología, la Neurocirugía y así sucesivamente en muchas otras de las especialidades reconocidas, que tienen como salida diferente la titulación de quien se dedica al niño, a quien se dedica al adulto. En nuestro caso, contrasta la titulación con la práctica según su ubicación, pues, por ejemplo, quienes hoy se especializan en Anestesiología en Cuba, y son designados a un Hospital Pediátrico, transcurrido un tiempo, ya no tienen la práctica de dicho proceso en el adulto, y peor aún en el sentido contrario, cuando a un anestesiólogo

que labora con adultos se le pide que por necesidades del Sistema cumpla servicios en un hospital infantil. Si bien su título lo ampara, y más que eso, tuvo en verdad una formación integral, luego la vida lo llevó a sentirse "subespecialista" de la labor que desarrolla en forma cotidiana, con un perfil algo más estrecho. Ese ejemplo es válido para otras tantas especialidades que formamos, cuya salida es con un **perfil amplio**, el que luego se estrecha en la vida, con la práctica, como criterio de la verdad, sobre lo cual debemos pensar y reflexionar sobre el tratamiento que debemos dar a este problema en Cuba.

Pensando en las posibles soluciones, consideramos que es variable lo que debe hacerse en cada caso. Una primera variante es admitir la **subespecialización** en un campo determinado de la ciencia, por lo complejo y concreto del mismo, bien sea porque el Centro en que labora el profesional así lo recomienda, o por la magnitud de la actividad que allí se desarrolla, lo que nunca consideramos sea formar por formar, sino ajustado siempre a la necesidad real para cubrir un determinado puesto de trabajo en un nivel específico del Sistema.

Otra segunda variante podría ser el admitir el desarrollo de las **Maestrías de Desempeño** dentro del Sistema de Salud.

Una tercera variante creemos que debe ser estudiar el problema al nivel en que se produce, y para evitar que el recurso humano pierda su desempeño, propiciar la rotación por diferentes servicios e incluso instituciones de todos aquellos en que no sea necesario buscar ese estrechamiento del perfil por las necesidades del Servicio. Ello, si bien conceptualmente es comprensible, lleva implícito determinadas regulaciones hoy no existentes, pues puede significar que la plaza asignada al profesional sea a nivel municipal o provincial, y no asignado concretamente a un centro de trabajo, o bien se consideren estas rotaciones en el contrato de trabajo que se haga para este tipo de plazas rotativas. Todo esto consideramos debe ser bien estudiado y reglamentado en el futuro.

Recuerdo que cuando en Cuba se introdujo la Terapia Intensiva, en la cual tuve la oportunidad de trabajar en el Hospital Docente "General Calixto García", en 1975, parte de lo establecido en ese entonces era que los que allí laboraban, clínicos y anesthesiólogos en ese entonces, estuvieran sólo 6 meses en este Servicio, el que debían luego alternar con las salas de Medicina Interna y los salones de operaciones respectivamente, para así mantenerse activos en sus especialidades de base, teniendo en cuenta la necesidad de la actualización del conocimiento, concretadas en competencias y desempeños para un perfil amplio, que no era posible mantener en una Terapia Intensiva, cuya morbilidad de casos se consideraba muy estrecha en ese entonces, y donde, sobre todo, se limitaban mucho las actuaciones de los anesthesiólogos.

A lo anterior se sumaba en ese entonces, reitero que a finales de la década de los 70, el concepto de que los niveles de estrés que generaba la atención al paciente grave, unido al ser unidades cerradas, motivaban desde el punto de vista de la salud de los trabajadores, que era recomendable el no mantener a tiempo completo al profesional en estos servicios, lo que justificaba que alternaran su labor con salas abiertas. Luego vi que en el decursar del tiempo esto cambió, surgió la especialidad, y pareciera que existen los suficientes fundamentos contrarios a los que se emitían en sus inicios, y se puede ser intensivista toda la vida y trabajar a tiempo completo en unidades cerradas, sobre lo que no tengo posibilidades de profundizar en el debate en estos momentos.

Visto con otro enfoque, al surgir la "Cirugía de Mínimo Acceso" como una forma de enfrentar el abordaje quirúrgico de forma menos cruenta, muy efectiva y humanizada, lo que se extiende hoy a casi todos los campos de la cirugía, desde la general hasta la propia de una especialidad más específica como la Ortopedia o la Neurocirugía, muchos han sido los que han planteado sea esta aceptada como una "especialidad", mientras que otros plantean que no es más que una forma, procedimiento o abordaje que es usado por todos, y que, por ende, no puede ser considerada como una especialidad en sí, pues no tiene conocimientos propios, solo técnicas propias.

Traigo a colación el asunto pero no para entrar en ese dilema antes planteado, sino para evaluar lo que he aprendido de los cirujanos que la practican, que con total convicción plantean que no puede nadie abandonar el entrenamiento quirúrgico en la cirugía abierta de su especialidad, pues aunque pueda presentarse de forma excepcional una complicación, todos saben que una intervención de mínimo acceso puede tornarse en cualquier momento en una cirugía convencional, por lo que debe el equipo actuante estar capacitado en toda su magnitud para enfrentar tal hecho. Significa esto la necesidad de también alternar la Cirugía de Mínimo Acceso, en cualquiera de sus variantes, con la cirugía abierta propia, por lo que deben crearse las condiciones adecuadas para estudiar el asunto y pensar en sus soluciones.

Debe también tenerse en cuenta que la duración en años, que en algunos países definen paralela o prioritariamente por la emisión de "créditos" académicos, con definiciones específicas, como las que establece la Unión Europea, eso no siempre es coincidente entre un país y otro, incluso en el propio país entre distintas universidades. Pero tampoco lo es en cuanto a los contenidos y las rotaciones o estancias que abarca la especialidad. Por ejemplo, para hacer Gastroenterología o Inmunología en Cuba se exige un tiempo en Medicina Interna que no siempre coincide de igual forma con otros países.

Siguiendo con las diferencias y similitudes existentes entre las especialidades en Cuba y otros países, vemos que también ocurre que pueden tener diferentes nombres y en el fondo, en su esencia, tratarse de la misma cosa, como por ejemplo: Laboratorio clínico y Patología Clínica o Patología Química o Medicina Laboratorial o Análisis Clínico. En otro ejemplo tenemos a la Medicina Interna y Clínica Médica; o a la Terapia Física y Rehabilitación y Fisiatría; Obstetricia y Ginecología y Tocoginecología; Imagenología y Diagnóstico por Imágenes o Radiodiagnóstico o Radiología, entre otras.

Por otra parte, en Cuba no se reconoce la "Medicina Paliativa" (o del dolor) como una especialidad, lo que se ve como una tendencia obligada en el mundo por las circunstancias actuales, de la alta morbilidad de cáncer y enfermedades que generan extraordinario dolor, y el principio de curar, o al menos aliviar el dolor que todos profesamos. Unido a ello está que la propia tecnología puesta en función de enfrentar la enfermedad ha llevado a los pacientes a prolongar su vida, sobre todo, en sociedades que logran altas expectativas de vida, como la nuestra, al tiempo que existe un mayor estadio de las enfermedades terminales, en las cuales no deben nunca confundirse los términos de prolongar la vida con el de dilatar la muerte, pero de cualquier manera, son cada día más los pacientes tributarios de los cuidados paliativos de forma integral.

La Medicina Paliativa, que en la práctica abarca el conocimiento y la participación de más de una especialidad médica actual, incluso algunos profesionales del campo de la

salud que no son médicos, y de otros campos del conocimiento, exige por tanto una labor en equipo.

En el mundo, esto se interpreta como un paso de avance de la Medicina moderna que ha generado en algunos países el identificarla como especialidad propia o, en algunos casos, como una subespecialidad.

Sobre esto debemos analizar qué debe hacerse en nuestro medio, pues lo que si es evidente es que ha alcanzado un desarrollo en nuestra sociedad, y no hay dudas de que tenemos profesionales altamente capacitados en este campo, con publicaciones, eventos y hasta cátedras dedicadas a este complejo campo en nuestras universidades, sin contar los servicios especializados o clínicas del dolor que existen en la actualidad en instituciones de salud de Cuba.

Igual consideración podría hacerse sobre el manejo de los desastres, campo en el cual Cuba ha tenido un notable desarrollo, y en el que existe incluso un Centro o institución nacional dedicada a los preparativos para desastres, de referencia internacional, y donde la labor en equipo es fundamental, que evidencia la multidisciplinariedad. Entonces no podemos plantearnos formar un "desastrólogo", pues como tal no existe, lo que hay es un equipo entrenado para trabajar, y como expresión de la formación de los recursos humanos en ese sentido surgió la Maestría de Salud y Desastres, que brinda la posibilidad de titulación en este campo tan importante e integral de la salud.

Debe significarse que estos ejemplos anteriores están presentes también en otras muchas áreas del conocimiento en las ciencias de la salud, lo que generó que en el último período, muchos se plantearan la necesidad de crear maestrías, que en la práctica, cuando veíamos sus intenciones, en realidad lo que deseaban era la existencia de una nueva especialidad o subespecialidad, cuya idea entonces no fructificó.

Debe tenerse en cuenta de que hasta hoy la política en Cuba, y en particular dentro del Sistema de Salud, ha sido la formación de **especialistas**, primero, entre los médicos, lo que luego se extendió a los graduados de otras carreras, existiendo las especialidades en Estomatología, Enfermería y Psicología. Todavía hoy no existe la especialidad en Tecnología de la Salud, pero en verdad dicha profesión casi tiene la pirámide invertida, pues comenzó casi buscando la especialización desde la formación técnica, que luego extendió a los perfiles de su titulación universitaria, y que si bien hoy ha disminuido a ocho sus carreras, siguen siendo un tanto estrechos sus perfiles de salida, y muy especializada su formación desde el pregrado, aspecto este que debe ser estudiado, pues fue incluso una de las condicionales que fuera debatida al momento de la aprobación de las referidas ocho carreras por el Ministerio de Educación Superior (MES). Por tanto, nos corresponde a todos nosotros, con pensamiento colectivo, buscar las variantes de postgrado futuro de las tecnologías de la salud, repensando nuevamente cuál debe ser en realidad su formación de pregrado.

Después de las especialidades se procedió en salud a desarrollar las **Maestrías en Ciencias** (MSc.), para profundizar o mejorar las herramientas necesarias para desarrollar mejor la investigación científica. Así se han conformado más de 50 maestrías en salud en el sistema, dentro de las cuales se generaron las llamadas **Maestrías de Amplio Acceso**, un tanto vinculadas al desarrollo de la Atención Primaria de Salud, y concebidas para hacerlas desde el puesto de trabajo. Esto facilitó, que sin perder el rigor, utilizando las actuales posibilidades que nos dan las NTIC,

graduar a miles de *masters*, quienes han incrementado el nivel profesional del Sistema de Salud, poniendo sus conocimientos en función del pueblo.

No obstante, en el mundo existen también las **Maestrías de Desempeño**, las que persiguen la formación profesional más profunda en un campo del conocimiento, con amplio desempeño, y son utilizadas hoy en muchas partes del mundo en el campo de la salud como forma del postgrado equivalente a las especialidades médicas.

Existen países cuya vía para formar los especialistas del campo de las Ciencias Médicas es a través de este tipo de maestrías.

En Cuba, esto no ha sido utilizado hasta el presente en salud, quizás un poco influenciados por la fortaleza histórica de las especialidades, a las cuales se sumaron más tarde los Institutos, que son instituciones del cuarto nivel de atención, creados en nuestro país de forma muy acertada desde principios de la Revolución y que tanto han aportado a mejorar la situación de salud del pueblo cubano y al propio desarrollo de cada especialidad.

Hoy existen 60 especialidades reconocidas oficialmente en Cuba, pero, sin embargo, reitero que la Maestría de Desempeño es también una forma de titulación legal existente en lo regulado por el Ministerio de Educación Superior y apropiado su desarrollo por cualquier Universidad cubana, incluidas las de salud.

En este sentido, creo que también ha influido la existencia de la figura del **Diplomado**, que si bien tiene similares objetivos formativos que la referida Maestría de Desempeño, debe quedar claro que mediante un diplomado no se obtiene **Titulación**, y además no es esta una figura de la superación del postgrado aceptada de forma homogénea internacionalmente, como sí lo es la Maestría; de ahí que, en muchas ocasiones, según las posibilidades y el contexto de cada país, no sea de interés dedicar tiempo para hacer algo que no sea reconocido curricularmente en su vida al profesional, por lo que pueden existir diplomados, incluso muy importantes y de verdadero impacto, pero no será esto competitivo ni del todo atractivo para los que tengan que decidir hacer su postgrado en Cuba o en otro lugar, al no permitir esto la titulación.

Entonces, tenemos *sobre el tapete* varios elementos sobre los que debemos profundizar, la Especialidad, la Maestría en Ciencias, la Maestría de Desempeño, el Diplomado, y también tener en cuenta la existencia de las Subespecialidades en salud. Como colofón de todo esto la formación de **Doctores en Ciencias**.

Como tema que considero pudiera tener mayor interés hoy para comentar está lo menos conocido, o para decirlo de otra forma, los que no desarrollamos en la actualidad, las Maestrías de Desempeño y las Subespecialidades en Ciencias de la Salud, y a ambas de forma resumida nos referiremos.

En la revisión que hemos hecho de lo regulado en varios países, incluido lo que se norma para la Unión Europea y los documentos de la OMS, la figura de la "Subespecialidad" está bien identificada y reconocida como una titulación. Algunos de los documentos establecen, como en Bolivia que las subespecialidades son una parte de las especialidades médicas, como continuidad de una de las disciplinas básicas, cuyo ejercicio profesional hace énfasis en determinadas áreas del conocimiento, sobre la base del desarrollo de la ciencia y la tecnología médica.

En otros, como en Costa Rica, se establece que es una modalidad de estudios de posgrado existente en la Medicina, denominada a nivel internacional de varias maneras entre ellas subespecialidad médica, alta especialización médica, superespecialidad o segunda especialidad médica, en la cual un médico, que ya es especialista en un área de la Medicina, profundiza conocimientos en una subárea, eje temático o unidad académica específica de su especialidad. En Colombia se acepta, pero no está reconocida oficialmente en las regulaciones vigentes (lo es de hecho, pero no de derecho).

En casi todos los lugares, se parte del concepto de que primero hay que ser especialista de algo para, luego, dentro del propio campo del conocimiento, previamente reconocido, se realice una subespecialidad.

En algunos casos, se valora que su duración debe oscilar entre 2 y 4 semestres (cada uno de 23 semanas), con los correspondientes créditos académicos, donde tiene un valor principal la práctica académica supervisada en forma tutorial, y que siempre debe culminar con el examen teórico práctico correspondiente, y en algunos casos la presentación de una investigación científica final.

La interpretación de la subespecialidad no siempre es uniforme, ni siquiera en nuestro continente, pues, por ejemplo, en México, no se tiene que obtener necesariamente la titulación de la especialidad base para realizar una subespecialidad, aunque si está bien definido el camino a recorrer, y a veces dura más el tiempo en la especialidad y en otras, dura más la subespecialidad, lo que resulta contradictorio.

Así las cosas, quien aspire en México a ser Angiólogo debe hacer 1 año de la especialidad en Cirugía General y luego 4 años en Angiología y Cirugía Vascular para obtener esta última subespecialidad (suman 5 años). Sin embargo, si desea la subespecialidad de Cirugía Oncológica deberá hacer 4 años de Cirugía General y luego 3 años la parte oncológica (7 años). Pero no está obligado a titularse antes en las especialidades que dan la base a la subespecialidad.

Países como Chile reconocen la subespecialidad, pero partiendo de una especialidad troncal, que no siempre tiene que ser la misma para llegar a la misma subespecialidad. Por ejemplo, se puede llegar a la Subespecialidad de Medicina Intensiva de adultos luego de haber realizado la especialidad de Anestesiología o de Medicina Interna. Casi todas las especialidades clínicas nuestras son allí subespecialidades que tienen como base la Medicina Interna. Los programas de las especialidades tienen una duración por lo general de 3 años y los de la subespecialidades de 2 años, es decir, unos 5 años en total.

Los distintos *Boards* (Juntas) de los Estados Unidos de Norteamérica son los que reconocen las especialidades y subespecialidades en ese país. Por ejemplo, a la Anestesiología, como especialidad, se le reconocen la Medicina de Cuidados Críticos, la Medicina Paliativa, la Medicina del Dolor, la Medicina del Sueño, y la Anestesiología Pediátrica, como subespecialidades. Pero a la misma subespecialidad de Medicina de Cuidados Críticos y Medicina Paliativa se puede llegar a través de la especialidad de Medicina de Emergencia, que es camino para otras cinco subespecialidades más, entre ellas, la Toxicología, la Medicina Deportiva y la Medicina Subacuática e Hiperbárica. Revisado en su totalidad las opciones existentes, por ejemplo, son varias las vías por las cuales se puede llegar a la subespecialidad de Medicina Paliativa y Medicina de

Cuidados Críticos, entre otras subespecialidades que tienen varias vías de acceso para un mismo resultado.

Como puede verse, no existe un consenso entre países de lo que es especialidad y subespecialidad, sin abordar, para no complejizar más esta exposición, lo que son las Maestrías de Desempeño en esos países. Pero sí resulta evidente el reconocimiento en casi todos los de las Subespecialidades, como formas de titulación bien establecidas, que responden a una necesidad de determinados puestos de trabajo existentes.

Si bien en Cuba hasta hoy no se reconoce ninguna subespecialidad, no tengo dudas de que sí existen muchos profesionales que por dedicación sí lo son, con servicios muy destacados que ofrecen una labor asistencial de relevancia internacional. En estas condiciones, podríamos preguntarnos si es procedente plantear y establecer las subespecialidades en Cuba.

Al analizar la legislación vigente podemos ver que existen Resoluciones del Ministro de Educación Superior y el Ministro de Salud Pública que regulan el otorgamiento de la **especialidad de segundo grado** en Cuba, lo que por demás no tiene similares reconocimientos en otros países del mundo. En nuestro caso, es la titulación sobre la base de demostrar una competencia y desempeño superior, pero también basado en una historia profesional (*Curriculum*) dentro del campo de su especialidad, o de forma excepcional en otras donde al menos tenga una trayectoria mínima de 5 años de ejercicio profesional.

Considero entonces que debe ser revisada la normativa cubana y, acorde con lo que existe en el mundo, valorar si se sustituye esta titulación por la de las de las distintas subespecialidades que, de hecho, ya existen en Cuba, no de derecho pero sí de hecho, y de este modo estar a tono con lo que resulta equivalente para cualquier medio en el cual se haga conocer esta titulación.

Ello sería el reconocimiento a la verdadera historia del desarrollo de las subespecialidades que existen en nuestro país, lo que permitiría su titulación oficial, al tiempo de abrir un nuevo campo de formación de subespecialistas para otros países del mundo, que así lo reclaman por ser una necesidad para su mercado laboral.

Considero que sería muy bueno conocer sus opiniones, las que podemos canalizar a través de los distintos CARE, a los cuales ustedes están integrados en cada especialidad, y de este modo elevar nuestra propuesta a la dirección del Ministerio de Salud Pública con las opiniones de esta masa de profesores consultantes que son un ejército de distinguidas figuras que enorgullecen a nuestra Universidad.

Por eso proponemos que sea este el tema al que dediquemos la próxima Jornada, al **Desarrollo del postgrado en Cuba**, para que sobre la base de este título, abordemos todos los problemas y aspectos que en él existen, y con trabajos científicos e investigaciones concretas, digamos la forma en que creemos debe perfeccionarse y elevarse su calidad en el sector salud para el cual tributamos nuestros esfuerzos.

Llegamos así al final de esta Jornada en la cual ustedes, una vez más, han tenido una participación relevante, y esperamos entonces encontrarnos el próximo año en la Facultad de Enfermería "Lidia Doce", que con una trayectoria destacada y una política coherente en la formación de profesionales y, sobre todo, dentro del postgrado en la formación de Doctores en Ciencias, ha sabido ganarse ser una digna sede.

Sólo nos resta felicitarlos por tan importantes fechas, a las que se suman la del Triunfo de la Revolución y las fiestas familiares del Fin del Año; desearles mucha salud y prosperidad, extensivos a nuestros líderes Fidel y Raúl, y a todos aquellos que han hecho posible esta Revolución, y por ello todos decimos:

¡Viva la Salud Pública Revolucionaria!

¡Vivan los Trabajadores de la Salud!

¡Vivan los Profesores Consultantes!

Recibido: 10 de enero de 2013.

Aprobado: 14 de enero de 2013.