

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Discurso profesores consultantes Clausura IX Jornada de Profesores Consultantes Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo" Teatro Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón" Diciembre 12 de 2009

Prof. Dr. Jorge González Pérez

1Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Dr. José Ramón Balaguer Cabrera
Miembro del Buró Político y Ministro de Salud Pública, Compañeros de la Presidencia.

Queridos Profesores Consultantes.

Miembros del Consejo de Dirección de la FCM "Comandante Manuel Fajardo" y de nuestro Instituto.

Invitados:

Concluimos hoy la IX Jornada de Profesores Consultantes de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, organizada por la FCM "Comandante Manuel Fajardo", la que hemos dedicado en esta ocasión al tema de la literatura docente y la tecnología educativa, como parte de los esfuerzos por recopilar y mantener la

memoria histórica de la ciencia en salud y conocer el estado de desarrollo de las nuevas formas de organización de la docencia en Ciencias Médicas en Cuba.

En esta Jornada Científica, pretendimos aunar los esfuerzos de todos ustedes para recopilar los diferentes materiales docentes elaborados en varios momentos de la existencia de nuestra Universidad por los integrantes de su claustro. Se incluyen las diferentes formas de la "literatura docente", que va desde el clásico folleto, la guía de estudio o de prácticas, el libro de texto y los *Atlas* de diferentes asignaturas y especialidades, hasta el complejo tratado de un tema. También hemos incluido otros materiales docentes, basados en las anteriores y actuales "tecnologías educativas", que incluyen los históricos diapofonogramas, los actuales diaporamas, los *posters* electrónicos, los supercursos digitales puestos a disposición en la red, los videos científicos y todas las demás variantes de materiales que se presentan hoy a través de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, sobre todo, los *softwares* educativos, los que generan guías de estudios y orientaciones metodológicas para los profesores muy útiles en la actividad docente, con formas de autoevaluación, sin dejar olvidadas otras formas clásicas de la docencia, como las láminas, maquetas y distintas invenciones que realizan los profesores para facilitar la apropiación del conocimiento por parte de los educandos.

Esta Universidad, a través de su claustro y, especialmente, por la experiencia y aporte de los profesores consultantes, ha tenido un papel protagónico en la elaboración de todos estos materiales docentes en el país. Algunos de ellos han sido mostrados en la exposición que con ese fin se diseñó para la ocasión, lo que pese al esfuerzo realizado no podemos considerar como trabajo terminado, por lo que constituye una tarea permanente seguir realizando en los próximos años la recopilación de todos los materiales docentes que fueron desarrollados en otros momentos por nuestros profesores e incorporar aquellos nuevos que se elaboren a partir de ahora, y dejar así a las futuras generaciones todo un legado científico que no debe quedar olvidado, el que puede afirmarse ha sido fundamental en los logros alcanzados en Cuba y en otras partes del mundo donde han estado presentes nuestros profesionales y técnicos de la salud en misión solidaria.

Muchos han sido los profesores involucrados en esta tarea, sobre todo, en los últimos años, con el desarrollo de las maestrías de amplio acceso, el proyecto policlínico universitario, la descentralización de la enseñanza de la Estomatología y la continuidad de estudios de tecnología de la salud fuera de nuestro país, entre otras muchas causas que nos obligaron al trabajo intensivo de estos materiales para apoyar las nuevas formas de organización docente, sin dejar de producirse nuevos libros o actualizar los ya existentes, con las bondades del formato digital que los coloca de forma rápida a disposición de los ávidos usuarios, Y evita su desactualización.

Ustedes como profesores tienen una misión bien clara y es la de enseñar, la que tiene una meta más alta todavía, la de educar, y por eso no basta sólo con elaborar materiales docentes, pues si bien eso es una parte importante de nuestro trabajo, no se logra con esos materiales la educación de las nuevas generaciones. Se requiere entonces nuestra labor directa, personal, tutorial, del día a día en el puesto de trabajo en función docente junto el estudiante o personal en formación, para hacer realidad en la práctica ese conocimiento, que con tanto amor y esfuerzo se ha plasmado en esos materiales docentes, al que debe ir siempre unida la actividad educativa necesaria de las nuevas generaciones en los conceptos humanísticos y patrióticos en que deben basar su actuación científica.

La enseñanza y la educación son para la vida, y no pueden estar ajenas a los principios que enarbolemos y defendamos; por eso, en una Cuba revolucionaria, con un amplio desarrollo de la Medicina social, puesta la Medicina en función del bienestar del ser humano, visto este como tal, y no como mercancía, la enseñanza nunca será la misma ni con los mismos enfoques que la que se desarrolla en otras universidades o países del mundo, donde existe un contexto social diferente, los que no cuentan con un sistema de salud único y estatal, con amplio desarrollo de la Atención Primaria de Salud, con acceso libre del pueblo a ella, y con un Estado totalmente ocupado, no sólo preocupado, por la salud del pueblo.

Por eso, podemos hablar de una Medicina socialista cubana en función del pueblo, con un compromiso total del gobierno en su desarrollo y la participación directa del pueblo, de la cual tenemos que sentirnos orgullosos. La salud ha sido ejemplo en lograr indicadores que para otros siguen siendo metas inalcanzables; se ha obtenido trabajar en función del bienestar del ser humano y no sólo en función de combatir la enfermedad, como todavía se sigue intentando hacer en la mayoría de los países; se ha llevado la salud a todos los rincones y personas, no importa quiénes son, con notable desarrollo de la tecnología médica en toda su expresión a lo largo y ancho de todo el país.

Pero nada de eso puede confundirnos, pues esa voluntad política que hace realidad el texto constitucional cubano, o la propuesta de Alma Ata de "salud para todos", no puede hacernos pensar que somos un país rico donde sobran los recursos, que somos un país rico que puede gastar todo lo que se quiera para hacer funcionar un sistema de salud ideal, que somos un país rico que puede darse el lujo de disponer toda la tecnología médica que deseemos y usarla indiscriminadamente.

En Cuba, sobra voluntad política para desarrollar la salud pública a su más alto nivel como se ha hecho hasta hoy, eso es algo que no hace falta explicar, de lo que todos tenemos suficientes evidencias. Pero eso mismo nos obliga a buscar las vías para sostener esa salud pública en medio de una crisis tan grande como la que existe hoy en el mundo, y de la que nosotros no podemos escapar.

En esas circunstancias, una de las tareas más importante para ustedes es no permitir el mínimo retroceso en lo ya alcanzado en el desarrollo de la salud de nuestro pueblo. El sistema de salud necesita de la ayuda de todos nosotros para que sea sostenible, sobre todo, de ustedes, los profesores, quienes han sabido desarrollar una salud pública de excelencia en su momento histórico sin tener todo lo que hubieran deseado; de ustedes, los profesores, quienes han sabido enfrentar momentos muy difíciles de nuestra Revolución sin disponer de cosas elementales para prestar su labor asistencial, y, sin embargo, supieron lograr la satisfacción de nuestro pueblo; de ustedes, los que se han visto afectados durante años por el bloqueo asesino y la acción enemiga imperialista y nunca se han sentido derrotados, por el contrario, han sido siempre capaces de ir adelante y vencer en las peores circunstancias.

Nuestro sistema de salud necesita entonces de la indiscutible experiencia de ustedes para que se aprovechen más los inmensos recursos puestos a nuestra disposición por el Estado revolucionario, a costa de gran sacrificio. Necesita que se preste un servicio más eficiente y eficaz, que se pueda hacer más con menos, que se pueda mantener una atención en salud propia del primer mundo en un país que no dispone de todo el presupuesto que desearía dedicar a la salud. Tenemos todos que luchar porque se pueda hablar de mejor atención en salud y exista un favorable estado de opinión de la población sobre nuestros servicios sin que ello se base en la complacencia en la indicación de los análisis o pruebas de todo tipo, ni en el derroche en la prestación de los servicios de salud; que no signifique el

empleo excesivo de los recursos disponibles y, mucho menos, se exija de forma irracional por lo que todos sabemos que no podemos tener ahora.

Entonces, es necesario tener una cultura económica, una cultura del ahorro, de la racionalidad, de saber cuánto cuesta lo que indico, de saber cuánto gasto en lo que hago, de saber qué alternativa es la más aceptable para el paciente, pero también no olvidar en el análisis cuál es la más aceptable para el país. Esa es una de las formas de proteger al paciente, esa es una forma de protegernos nosotros mismos, es una forma de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud que ha puesto en nuestras manos la Revolución.

Con dolor, vemos que en algunas instituciones de salud, lo que antes hacía un profesional, o incluso un técnico, ahora pareciera que son necesarios hasta tres o cuatro profesionales para hacerlo. Pero ni siquiera eso es lo peor, aún en esas condiciones se hace con más demora y muy pobre calidad, generando molestias en la población y estados de opinión muy negativos sobre el servicio que se presta, lo que genera muchas insatisfacciones que ponen en tela de juicio el sistema, algo que no podemos permitir.

Ustedes tienen la experiencia suficiente para buscar la vía más adecuada y la solución más atinente para dar respuesta a cualquier problema en su especialidad, saber cómo actuar cuando no se dispone de algo que para otro pueda significar la paralización del servicio, pues incluso durante muchos años trabajaron sin esas nuevas posibilidades que hoy existen, aún así ofreciendo un servicio de calidad y aceptado por nuestro pueblo. Entonces, es necesario que actúen y hagan entender a los demás que no están agotadas todas las posibilidades, que existen muchas otras formas de dar la respuesta necesaria, que juntos busquemos las alternativas para no detener el proceso.

Los profesores consultantes tienen la capacidad, a través de su inteligencia y experiencia, de brindar especial atención a las necesidades de formación de los recursos humanos del sector que nos ha pedido el Partido. Esa "especial atención" en la formación debe traducirse en lograr llevar a sus mentes a la nueva generación la necesaria racionalidad en el uso de los servicios de salud, en no hacer dependientes a los nuevos profesionales de la salud de la alta tecnología, de no inculcar en los estudiantes la equivocada idea de que la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o la Tomografía Axial Computarizada (TAC) son las únicas formas de diagnosticar; el creer que sin eso no existe la posibilidad de establecer con certeza la entidad que estamos sospechando, por sólo poner algún ejemplo.

Lamentablemente, vemos y escuchamos a muchos estudiantes de hoy que en su pensamiento condicionan su labor profesional en salud a la posibilidad de tener disponible esa alta tecnología para poder desarrollar su trabajo. Aclaro que si bien he mencionado la RMN y la TAC no significa que sean esas las únicas que estén en su pensamiento, son todas aquellas que hoy se tienen a nuestro alcance en los diferentes servicios de salud y que, lamentablemente, no siempre se indican adecuadamente, ni bajo estricto criterio médico de su real utilización, primando en muchas ocasiones la "moda" o más aún la "complacencia" en su indicación.

Muchas veces existe la tecnología y no se explota adecuadamente, es como si se hubieran sustituido las históricas máquinas de escribir por computadoras, pero que este cambio tecnológico no significara un cambio mental paralelo, y que entonces no sepamos explotar en toda su dimensión las computadoras existentes por no saber todas las posibilidades que nos ofrece la computación, por lo que teniendo computadoras seguimos en la era de las máquinas de escribir. Eso mismo nos puede pasar con la nueva tecnología médica, tanto en su correcta indicación como

interpretación de los resultados, además de su correcta explotación para sacar de ella todo lo posible.

Todo esto se ve favorecido por el erróneo concepto que prima en nuestras mentes de que son pruebas "gratuitas", por ser uno de los principios de la salud pública cubana la gratuidad. Debemos rectificar cuanto antes ese concepto, pues el hecho de que no se le cobre a la persona que se le hace la prueba no significa que esta no cueste, no significa que eso sale de la nada, no significa que dicha indicación no genere gastos.

Tenemos que cambiar y pensar que al final sí cuesta y que lo estamos pagando entre todos. Debemos tener bien claro en nuestra conciencia que mientras más gastemos en un servicio, sobre todo, cuando se hace de forma innecesaria, menos tendremos para el propio sistema de salud y para la vida de nuestro pueblo en general. Por ello, el problema es de todos, incluido el propio paciente, que a veces es quien nos "exige" una prueba en particular y no siempre tenemos la fuerza de voluntad para explicarle y convencerlo de que eso no es necesario, y que le estamos dando un buen trato aunque no se le haya indicado la prueba que él espera o desea.

Pensando en mi experiencia personal, recuerdo que cuando se nos encomendó la tarea de la búsqueda e identificación de la guerrilla del Che en Bolivia, al producirse en julio de 1997 la exhumación de los siete restos encontrados en una fosa excavada en la pista vieja del aeropuerto de Vallegrande en ese país, muchos periodistas nos preguntaron cuándo y dónde íbamos a realizar los estudios de ADN para dar por categórica la identidad del guerrillero inmortal. Grande fue la sorpresa para muchos cuando nuestra respuesta fue que no era necesario efectuar ninguna prueba de ADN, que la identificación había sido realizada de certeza con todos los datos y técnicas que disponíamos para ese momento.

Al dar detalles ante las múltiples preguntas que recibimos, expusimos que poseíamos toda la información referente a la edad, sexo, raza y estatura del mítico guerrillero, a lo que se sumaba la existencia de una radiografía dental de toda su dentadura, que incluía los senos perinasales, así como los datos de su dentigrama. Pero por si eso fuera poco, teníamos el informe de la necropsia realizada al Che antes de su entierro, donde se describían siete fracturas, y más aún, disponíamos de un molde de la dentadura realizado antes de su viaje a Bolivia para realizar una sobredentadura que facilitara su enmascaramiento, sobre el cual se hizo un estudio de antropología dental, en que se describían los mínimos detalles de cada diente, la medida exacta de cada uno, su posición, rotación y todo lo que fuera posible describir de los mismos. Todo esto fue coincidente al ciento por ciento con los datos obtenidos del estudio del esqueleto que había sido exhumado con el número 2 en aquella fosa de la pista de Vallegrande en julio de 1997, a la cual la investigación histórica nos había llevado como el lugar más probable de su entierro.

Entonces viene la pregunta, incluso en algo de una connotación internacional e histórica no comparable con el diagnóstico habitual en un paciente nuestro: ¿Era necesario hacer un estudio de ADN para complacer a la prensa y satisfacer el deseo de cualquier otro no experto en identificación? ¿Puede un identificador forense hoy avalar sus resultados sin contar necesariamente con el estudio de ADN? En su momento histórico, se adoptó la decisión técnica colectiva de que existían todos los elementos necesarios para establecer la identificación como categórica sin necesidad de realizar o supeditarla a un estudio de ADN y, por tanto, se hizo el dictamen correspondiente, lo que hemos sido capaces de explicar en cualquier lugar durante más de 10 años de transcurridos los hechos, y no estamos arrepentidos de

esa decisión; estamos seguros que sin alta tecnología la conducta diagnóstica asumida fue la correcta y los resultados son irrefutables.

Con esto quiero ilustrar, con algo que es de mi especialidad, de que las nuevas tecnologías, como toda tecnología, tienen su indicación específica, que la decide el profesional actuante sobre la base de su conocimiento, experiencia, características de cada caso, y que no pueden existir circunstancias ajenas a este que lo "obliguen" a realizar pruebas que él considere innecesarias, sin haberse seguido además un orden lógico de pensamiento científico.

Entonces tenemos que tener bien claro cuál es nuestra labor como educadores, reconocer que lo que seamos capaces de enseñar a los alumnos es lo que va a determinar su conducta futura. La labor educativa de los profesores consultantes es fundamental, pues son ustedes los paradigmas, son quienes tienen la misión de enseñar al estudiante qué se indica y qué no se indica, en qué orden deben hacerse las indicaciones y cuál es el valor real de cada una de ellas, saber qué hacer en cada momento, y lo que precede a cada una como parte de la estrategia diagnóstica o terapéutica necesaria para cada caso. Queda entonces bien claro cuál es su papel en esta tarea.

Resulta necesario repetir una y mil veces a los alumnos que lo primero que se hace, como obligación ineludible, es hablar con los pacientes, interrogarlos, pero más aún: saber escucharlos, conocer la historia de su enfermedad actual y la situación de salud anterior, conocer su vida relacionada con la afección que presenta, esa es la base para poder montar la correcta estrategia diagnóstica, sin eso nunca habrá pensamiento médico ni diagnóstico en salud, pues en esta ciencia no podemos adivinar, pues jugamos entonces con la vida de los pacientes.

"Utilizar el método clínico-epidemiológico e impedir que se indiquen exámenes, dietas médicas y medicamentos, sin fundamentos o por complacencia, controlando de manera sistemática la positividad o efectividad del empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos", nos ha pedido el Partido en un reciente documento que ha sido discutido por casi todos nosotros y discuten hoy nuestros estudiantes. Entonces pensemos en eso y desarrollemos nuestra estrategia propia para que desde nuestro puesto de trabajo y desde nuestra función de educadores hagamos realidad ese concepto.

Algo que creemos no ha tenido todavía su despertar, a pesar de llevar mucho tiempo como una estrategia bien definida dentro del sistema de salud, es convertir en realidad el "Programa de la medicina natural y tradicional", a pesar de que está probada su eficiencia y resultados en más de una indicación o conducta médica. Tenemos más profesionales que nunca dentro del sistema, quienes están preparados y entrenados hoy en la aplicación de esos conocimientos, apoyados por su experiencia y el título de especialista o *master* en Medicina natural o tradicional. Desde pregrado se desarrollan amplios conocimientos en esta área del saber, los que quedan dormidos durante el ejercicio profesional que sigue a esa etapa de formación. Por ello, resulta muy importante que los profesores consultantes sepan y eduquen a sus estudiantes en el empleo científico de estos conocimientos y los hagan despertar.

Pero pensamos que pueden existir también otras formas de lograr una racionalidad en el sistema de salud vinculado a las actividades académicas y asistenciales, como lo sería el desarrollar la superación profesional, generando maestrías de desempeño que permitan una mayor y dirigida integración de los médicos a las actividades asistenciales. Dicho de otro modo, hoy en día existen médicos que teniendo afinidad con una actividad vinculada a la asistencia directa a la población, no la

pueden desarrollar, pues no tienen la habilitación legal para ello, a pesar de su posible competencia y desempeño, por lo que creemos sería recomendable hacer un estudio de cuáles pueden ser estas actividades y especialidades que pueden lograr dicha vinculación, en cuáles se necesita preparación, y cómo organizar la actividad para que se realice en cualquiera de las unidades asistenciales sin perder el médico su vínculo con la especialidad y centro de origen.

Ejemplos de ello lo tenemos en los profesores de Anatomía humana, quienes siendo médicos o licenciados en enfermería podrían vincularse a tareas asistenciales para integrar su conocimiento como lo puede ser en Imagenología, Endoscopía, FTR y Traumatología, entre otras. Asimismo, los embriólogos, sobre todo, ultrasonografía vinculado al PAMI.

Igual podría decirse para los histólogos en actividades de Dermatología y Anatomía patológica, sobre todo en Citología y viceversa. Los fisiólogos en actividades de la clínica y de apoyo a la Anestesiología, terapia intensiva y viceversa, o los bioquímicos en actividades de laboratorio clínico, entre otros muchos ejemplos de vinculación básica-clínica y clínica-básica.

Otra propuesta es que en algunos casos se autorice hacer una segunda o tercera especialidad para desarrollar la labor asistencial en algunos campos y así propiciar actividades de mayor complejidad para el profesional en su puesto de trabajo, donde no sea suficiente una preparación por curso, diplomado o entrenamiento, usando lo reglamentado sobre convalidaciones y exámenes de suficiencia, valorando una formación modular con habilitación seriada para el desarrollo de tareas de complejidad progresiva, y sin abandonar la especialidad original, realizando dichos estudios lo más vinculado posible a su puesto de trabajo o en su entorno, reconociendo la competencia y desempeño de base.

Por ejemplo, seguir siendo especialista de Medicina Interna o Pediatría de un servicio en un Policlínico u Hospital pequeño y hacer la especialidad de Cardiología, para desempeñar ambas, dadas las características de la población sujeta a nuestra atención. Esto pensamos no puede ser de forma espontánea, sino que la Dirección de Salud en cada lugar o institución debe identificar sus necesidades y, de forma conjunta con las Universidades, buscar las fórmulas para lograr tales objetivos, sobre la base de la flexibilidad sin perder el rigor. Al final, puede que con un solo profesional, organizando bien el trabajo, se pueda dar cobertura total donde hoy lo hacemos con varios.

Valorar qué médicos especialistas en otras especialidades, que no sean MGI, puedan hacer dicha especialidad, lo que sería un proceso inverso a lo que ocurre en la actualidad. Esto se sustenta en el desempeño logrado por los especialistas de Medicina General Integral, lo que hace pensar que podría permitirse que médicos especialistas en otras ramas, que nunca fueron MGI de base, puedan hacer dichos estudios como 2da. especialidad, para integrarse también a labores asistenciales integrales dirigidas a la comunidad. Esto no sólo debe ser el deseo de dicho médico, sino también una necesidad identificada por la Dirección de Salud, y puestos de acuerdo ambos, realizarse las adecuaciones necesarias. En este caso, podría ser también para laborar de forma alternativa con su anterior especialidad, buscando la integralidad.

Pensamos que sería bueno desarrollar más la Cirugía General, ya que a pesar de que en el Plan de la residencia del actual cirujano, este sale con una formación general, en la práctica asistencial ve limitadas sus acciones a sólo una parte del campo quirúrgico, la mayoría de las veces por regulaciones administrativas y, en

otras, condicionada a los recursos reales existentes en el lugar donde labora que no le permiten emplearse a fondo su desempeño.

No obstante, creemos que debe revisarse el actual Plan de la residencia de Cirugía General para evaluar y propiciar en su formación un mayor nivel de conocimientos y desempeño que permita a los Cirujanos Generales una mayor integralidad, pero todo esto apoyado por definiciones desde el punto de vista administrativo y de la logística de cada lugar, con mayores posibilidades de acción en su puesto laboral. Esto podría significar que un cirujano, en determinadas instituciones, por su desarrollo, o debido a las condiciones geográficas específicas, pueda cumplir su labor asistencial abarcando más áreas de trabajo quirúrgico, tal y como lo hace generalmente cuando cumple misiones internacionales o situaciones de emergencia. Así, podría enfrentar este cirujano labores básicas de Ortopedia, Ginecobstetricia, Urología, Angiología, Gastroenterología, Reumatología, Neurocirugía, entre otras, con niveles de acción menos complejas, entre otros ejemplos posibles.

Debemos pensar en la fusión de perfiles para la Tecnología de la Salud a través de las nuevas carreras propuestas (unas 12) y evaluar su proyección en el postgrado, buscando más integralidad en esa carrera, pues en la actualidad se han desarrollado diferentes áreas del conocimiento en la tecnología de la salud que se han ido separando por grupo de actividades, las que pueden en una fusión racional de campos similares ser identificarlas como carreras propias, que determinen que un graduado de amplio perfil tenga más posibilidades de trabajo.

Esto exige también revisar todo el sistema de enseñanza del país para evitar la repetición de carreras y especialidades existentes, médicas y no médicas, buscando una delimitación real de su campo y futuro empleo. Sobre la base de esto, debe definirse el postgrado en las tecnologías de la salud, y qué propósitos debe lograrse en el mismo. Ejemplo de ello es la formación en Microbiología, Laboratorio clínico, Fisioterapia y rehabilitación, Optometría y óptica, Imagenología, Farmacia, entre otros muchos campos del conocimiento, donde no sólo hay graduados de Ciencias Médicas prestando servicios.

Constituye una necesidad el definir o redefinir el campo de acción de los profesionales de Enfermería y Tecnología, según necesidades del Sistema, y su ubicación, pues al lograrse profesionales de la salud con mayor competencia y desempeño en el campo de la enfermería y las tecnologías, debe pensarse cuáles son los intereses de superación y formación académica en estas ciencias, sobre todo qué harán dichos profesionales cuando sean *masters* o especialistas, pues el nivel logrado induce a pensar que podrían realizar acciones que hasta hoy han estado encomendadas sólo a los médicos.

Sobre la base de esto, existe una importante experiencia en la formación de enfermeras en las Ciencias Básicas Biomédicas, como especialistas, que si bien su enfoque no es asistencial, no dudamos sirve de ejemplo para proponer que estos profesionales pueden asumir gran número de tareas que inicialmente eran realizadas sólo por médicos. Por ello, debe pensarse qué hace o no hace cada uno de estos profesionales, según su nivel y el lugar de trabajo, incluido en enfermería los que hoy se forman como especialistas, como ya ocurre en los Consultorios tipo 2 y se estableció por Resolución 396 de 2007 del Ministro de Salud Pública que estableció "Las regulaciones de la práctica de enfermería" en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

En ese sentido, ha sido un tema muy complejo la introducción de otros profesionales en acciones concretas en el campo de la anestesia, lo que debe ser

nuevamente estudiado, partiéndose de la premisa de que, sin desconocerse la labor protagónica del médico especialista en dicho campo, debe considerarse si sería admisible hoy la participación de otros profesionales de la salud en ese proceso, como la vida ha demostrado en los muchos técnicos que han hecho posible esta labor asistencial durante muchos años en distintos lugares de nuestro país, por lo que entendemos que es un asunto que no tiene base científica para considerarse como cerrado, pues hay suficientes elementos para mantener el debate abierto.

Vista la racionalidad en salud desde otro enfoque, como lo podría ser en el campo económico o de la organización de los procesos, creemos prudente en estos momentos que se estudie reglamentar la labor asistencial de todos los profesionales del Sistema, incluido los cuadros, funcionarios, y cuantos tengan un título otorgado para prestar estos servicios, según la prestación de un mínimo de horas en la asistencia por actividad, como se hace hoy de forma inversa para los que siendo del área asistencial participan en la docencia.

La existencia de reglamentos de categorización docente y de fondos de tiempo para dicha actividad puede servir en parte de modelo para hacer lo mismo con la actividad asistencial para el personal de la salud no vinculado a la misma directamente.

Aunque el tema puede ser complejo en su interpretación, nos sentimos obligados a compartir con ustedes nuestra valoración sobre la idea de establecer un salario de base para los profesionales de la salud y vincular el resto del pago acorde a las actividades que desarrolla cada profesional y técnico de la salud, según donde labore, con pagos diferenciados de acuerdo con las prioridades del Sistema.

Dicho de otra manera: en la actualidad existen pagos fijos por grupos, atendiendo a su profesión, categoría docente, grado científico y de la especialidad, entre otros, pero sin que ello se vincule siempre a la labor que desarrolla cada cual en concreto, ni la complejidad de su tarea. Se paga por títulos y no por resultados concretos, de ahí que un Doctor o un *Master* en Ciencias recibe esa gratificación salarial, desarrollen o no actividad científica sistemática. En el caso de un docente no se tiene en cuenta el número de horas ni actividades que desarrolla, su pago es igual, fijo por categoría, a pesar que otro docente doble el número de actividades en igualdad de condiciones, lo que creemos es incorrecto.

Sin embargo, en el propio país, en la universalización, se han establecido regulaciones que vinculan la actividad particular del docente al pago que recibe, para lo cual su categoría sólo sirve para establecer una tarifa determinada, y la diferencia entonces está en que quien tenga más nivel se le paga más por el mismo trabajo, pero no se produce esa contradicción de que se pague igual a quienes trabajen diferente.

Creemos entonces que sobre la base de ese mismo esquema socialista, de pagar a cada cual según su trabajo, se debe regular el pago para la labor docente y también la asistencial dentro del sector, buscando los indicadores que permitan diferenciar la labor de cada cual, reconocer el esfuerzo individual y sus aportes concretos a la salud. De esto, existen muchos ejemplos en el país en otros sectores, por sólo citar uno: los pilotos de aviones, los que cobran un salario base, y el resto está en dependencia de la actividad que cada cual desarrolla mensualmente, el que más vuela cobra más. Otro ejemplo dentro de nuestro propio sector es el caso de las auxiliares generales, las que cobran por la cantidad y calidad del trabajo desarrollado, certificado por su jefe, lo que se constituye en un ejemplo de salario individual acorde con sus resultados, lo que creemos se puede llevar también a otros planos dentro del sector.

No obstante estas meditaciones que comparto con ustedes, pensamos que todos estos aspectos vinculados al salario sólo deben implementarse cuando existan las condiciones para un nuevo incremento salarial sin afectar a nadie sobre el salario ahora existente, por lo que son sólo valoraciones a tener en cuenta en otro momento y no en el que ahora vivimos, pero que creo importante transmitir a Uds. para luego recibir sus opiniones al respecto.

Estoy convencido de que es posible aplicar los principios del Sistema Empresarial Socialista cubano para el pago a los trabajadores de Salud acorde a la "excelencia" lograda, pues si ello parte del principio de reconocer la calidad y los aportes de cada Centro a la economía del país, puede ser el referente adecuado para sobre la misma base de estos principios, aplicarlos a lo relacionado con el reconocimiento a la "excelencia" en los servicios de salud con pago diferenciado a sus trabajadores mientras mantengan esa condición.

Entre otras ideas sobre las que hemos meditado está la posibilidad de lograr una vinculación mayor de los alumnos de Ciencias Médicas a las labores asistenciales. En otros países, las personas se ven obligadas a trabajar para poder tener la posibilidad de estudiar. En Cuba, que el estudio es un derecho de todos, con total gratuidad, consideramos es pobre el aporte que se recibe de los estudiantes, quienes no tienen la condición de trabajadores. Sin embargo, se podría lograr, dado el desarrollo actual de la universalización, sobre todo, en la educación en salud, pues esto ha provocado que la inmensa mayoría de los alumnos estén ubicados en unidades asistenciales.

Ahora bien, dicha presencia estudiantil en los Policlínicos no es proporcional al impacto que podrían dar los estudiantes dentro del Sistema, lo que es expresión de que no se ha alcanzado todavía la participación real de estos estudiantes en todas las posibles actividades que podrían incluso ayudar a su mejor formación. Por ello, les pedimos a ustedes sus ideas de cómo debe trabajarse para conseguir una mayor participación de los alumnos en las acciones de salud, además de los trabajadores que estudian, en la solución de los principales problemas de salud de la población motivo de su atención, aplicando toda la experiencia histórica en el desarrollo de la docencia en otros niveles del Sistema, con la creatividad necesaria, sobre todo, en la APS. En eso va desde las tareas que se le encomiendan cada día hasta las formas de organización del proceso docente e incluso las formas de evaluación.

Queridos profesores consultantes, ustedes son la fuente de pensamiento más importante que tiene esta Universidad, y por eso cada año me siento con muchos deseos de compartir con ustedes las cosas primordiales que estén condicionando la actuación de la misma en cada momento, como lo es hoy la necesaria racionalidad del Sistema de Salud cubano al cual pueden ustedes aportar mucho.

En base a ello, les propongo que sea ese el tema de la X Jornada de Profesores Consultantes que desarrollaremos en diciembre del 2010 en la FCM "Miguel Enríquez", que ya cumple XX años de existencia, y que lo concretemos con el trabajo que cada uno de ustedes desarrolle en este año con el título de "Mi aporte a la racionalidad en el sistema de salud", en que desde la visión de cada cual, y con tiempo suficiente para meditar e investigar en su especialidad y entorno, puedan traer un trabajo científico en el que aborden, desde sus conceptos, cómo se puede mantener o elevar la labor en salud empleando métodos más racionales, con un pensamiento o criterio más racional, lo que debe ser una meta a lograr con sus alumnos y educandos en general.

No tengo dudas de que son ustedes, los profesores consultantes, los más calificados para poder sugerir cómo hacer más con menos, cómo emplear alternativas ante la ausencia de algo en concreto en salud, cómo llevar adelante y mantener las victorias del socialismo, reflejadas también en la salud, aun en momentos de crisis, de una economía mundial tambaleante y volátil, para así mantener vivas las ideas del socialismo, las ideas de desarrollo social de nuestro pueblo, por las que han luchado ustedes durante muchos años, bajo la guía de Fidel y Raúl y de nuestro Partido.

Por eso confiamos en ustedes y juntos podemos decir a viva voz:

¡Que viva Fidel, que viva Raúl y que viva el Partido Comunista de Cuba!

Muchas gracias