

Juan Vela Valdés entrevista a Francisco Rojas Ochoa

Juan Vela Valdés interviews Francisco Rojas Ochoa

*"Di la verdad, siempre hay que decir la verdad,
y todos comprenderán que ocurrió"*

FIDEL CASTRO

Advertencia

Esta entrevista se hizo en dos momentos del mes de junio de 2014. La primera consistió en un cuestionario que fue respondido por escrito, la segunda en una conversación (pregunta-respuesta), que fue grabada. Con posterioridad todo fue ordenado y editado.

¿Cuáles son las etapas que valoras en la formación de médicos en Cuba en el período de 1959 al 2011, si es que las hay?

Cincuenta y dos (52) años son un lapso muy breve en términos de historia para intentar periodizar. El concepto de era abarca milenios, edad siglos (edad media), época numerosos años (hasta más de un siglo) y se dice período a tiempos más breve, que no son trascendentales, no se logra consenso al respecto. Esto último pasa con los intentos de periodizar lo que se ha vivido en Cuba después del 1ro. de enero de 1959. El primer intento que recuerdo es el de *Carlos Rafael Rodríguez* en su libro "Cuba en el tránsito al socialismo 1959-1963". Él llamó al lapso del tránsito período, también utilizó para menos tiempo el término fase: la fase democrático-revolucionaria... Esta obra todos la leímos, la estudiamos, la citamos. El tiempo, nuevos estudios, nuevos rumbos y los conceptos y lapsos que se usan hoy son diferentes.

La edición que conozco es de 1979, existió otra, copia mimeográfica para alumnos de *Carlos Rafael* en la Universidad de La Habana de 1966.

Es poco tiempo 52 años para periodizar. Relatar los hechos y sobre todo las ideas imperantes en su secuencia cronológica, sin intentar una periodización, es suficiente.

¿Qué rasgos más destacados distingues en cada etapa?

Para la respuesta a esta pregunta no recurriré a períodos o etapas. Hablaré de momentos.

Del primero de enero de 1959 hasta 1969 que se inicia con el plan de la carrera de medicina que se mantiene hasta 1978, debe consultarse todo lo que escribiera *Ilizástigui* sobre esto.

Los primeros años no aportan nada conceptual. El gobierno de la Universidad es muy inestable. El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) era igual inestable, dos ministros de corta estadía y Machado introducía los primeros grandes cambios dirigidos a crear el Sistema Único de Salud impulsado por Fidel. El Ministerio de Educación Superior (MES) no existía.

La búsqueda de documentos debe encontrar a ciertos actores importantes: *Pedro Baeza Vega, Leopoldo Araujo Bernal, José Llorens Figueroa, Raúl Dorticós Torrado, Roberto Guerra Valdés, José A. Presno Albarrán, Oscar García Fernández* en la Universidad y Escuela. En el MINSAP *Mario Escalona Reguera, Francisco Pérez Carballás, José M. Vidal Yebra*, los dos últimos, respecto al postgrado (residencias).

El año 1969 en que se implanta un plan duradero, coincide con el de la consolidación del Sistema Nacional Único de Salud al extinguirse el mutualismo y la práctica privada. Esta coincidencia es un momento importante.

El modelo de policlínico integral (1964) da paso al de policlínico comunitario (1974).

En este plan del 69 se fortalece el estudio-trabajo. No el área social o salud pública en el currículo.

Hay que esperar más tiempo para avanzar, y avanzar poco en lo social. Sigue dominando el biologicismo.

En 1982-1984 ocurren hechos importantes. Se forma el Destacamento *Carlos J. Finlay* (con su fuerte carga en defensa de los valores) y la Avanzada Estudiantil *Mario Muñoz Monroy*. Y el más trascendental de la salud pública revolucionaria desde la creación del Sistema Único (1969), la implantación del Modelo del Médico y Enfermera de la familia (MEF), paradigma mundial de la Atención Primaria de Salud (APS 1984). Para la formación de médicos que se dediquen, donde se pueden resolver el 70/80 % de los problemas que afectan a las personas, este modelo (el MEF) es el escenario ideal para proveer al alumno de los conocimientos necesarios para su desempeño, pero sobre todo para que adquiera las habilidades (como hacer) del método clínico, la más importante tecnología de la medicina. También es el mejor escenario para conocer y asimilar lo social en medicina y salud pública. Para impregnar al estudiante de los valores éticos y político ideológicos de nuestro sistema social.

Todo esto se ha dicho antes y mejor dicho que como lo hago aquí. Pero no he oído decir, al menos con fuerza, que las ventajas que ofrece el modelo para que la formación funcione como un algoritmo cibernetico, el estudiante necesita ser

guiado, orientado, instruido por un preceptor, tutor, instructor, profesor o maestro que lo forme en el arte de escuchar al paciente, de interrogarlo y de realizar el examen físico. Luego formular una hipótesis diagnóstica y someterla a prueba (los exámenes complementarios). O sea en la práctica consecuente del método clínico.

El aprendizaje no puede ser empírico. Pero es lo que he visto casi siempre, los médicos de familia (MF) no prestan atención a los estudiantes. Ellos mismos no tienen plena competencia en lo que respecta al método clínico.

Porque doy prioridad en mi respuesta al método clínico?: porque cuando se aplica bien:

- crea la necesaria empatía médico-paciente. Confianza mutua que lleva a la adherencia terapéutica.
- resuelve en el espacio de la APS el 70/80 % de los problemas que se presentan.
- producen gran satisfacción en la población.
- humaniza la atención, la personaliza (este médico si me vio, ya me siento mejor!)
- reduce notablemente el costo del servicio.

Junto a la creación del Sistema Único, el modelo MEF, forman los dos hechos más trascendentales de los años que abarca la pregunta.

Los nuevos planes (o ajustes) no cambiaron nada sustancial. Ocurrió y sigue ocurriendo que para responder a la masividad estudiantil se ha recurrido a la masividad profesoral. Se ha rebajado el rigor de selección, veo como docentes personas que realmente no lo son, sobre todo en policlínicos y en el área de salud pública.

El plan 2010-2011 no es evaluable aún. Además no lo conozco.

Un hecho que ha influido en la educación médica y en los servicios de salud ha sido la introducción, asimilación, generalización y creación de nuevas y poderosas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

No encuentro una fecha que marque el momento del auge entre nosotros de "tecnologías de punta". Tal vez se relaciona con el surgimiento del Instituto Finlay y su notable resultado introduciéndose una efectiva vacuna que controló la endemia de la enfermedad meningococica en Cuba (VA-MENGOC-BC), desde 1989. De este trabajo, dirigido por la Dra. *Concepción Campa Huergo* surgió el Instituto Finlay.

Otro logro notable fue el de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae*, obtenido en el laboratorio de Antígenos Sintéticos de la Universidad de La Habana, bajo la dirección de *Vicente Verez Bencomo*. Esta es la primera vacuna lograda por síntesis química, trabajándose entre 1989 y 1994, llevándose al programa de inmunizaciones en 1999, con éxito.

La investigación y producción de vacunas en Cuba ha sido notable, así como los resultados del Programa Nacional de Inmunizaciones.

En imagenología se pasó de la radiología convencional, al ultrasonido diagnóstico, la tomografía computarizada y la resonancia magnética.

Se ha extendido la cirugía de mínimo acceso, la cirugía estereo atáxica y aunque frenada por dificultades económicas la cirugía ortognática. También la transplantología, sobre todo exitosa en riñón.

Otros avances se han visto en laboratorios: Sistema Ultra Microanalítico (SUMA) y anatomía patológica. También en especialidades como cardiología, hematología (células madre), oncología (vacunas terapéuticas anticáncer).

La industria farmacéutica, sobre todo de base biotecnológica se ha fortalecido. Esto obligó al desarrollo de la farmacoepidemiología y los ensayos clínicos controlados.

Este breve e incompleto resumen ilustra las consecuencias obligadas sobre la educación de postgrado en medicina. Pero no parece influir en el pregrado, donde tal vez cause daño, si se enseña mal o de modo incompleto porque conduce al deslumbramiento con las nuevas tecnologías que afecta a los estudiantes, que llegan a suponer que los aparatos hacen diagnóstico. El diagnóstico es una creación del pensamiento humano, razonándose, a partir de hipótesis. Cuando el estudiante no sabe esto no será médico. Algunos docentes también se deslumbran y no enseñan lo que deben enseñar primero y mejor: el método clínico. La tecnología debe subordinarse al juicio clínico, desde que el examen complementario que se ordena hasta cómo interpretarlo.

Otro factor influyente en la formación de personal que ha entrado con fuerza al sistema de salud es la llamada medicina natural y tradicional (MNT). La aparición de esta práctica no es nueva, en los años 60 del pasado siglo el MINSAP tenía una finca para cultivar "plantas medicinales". Lo nuevo es lo desmedido, incontrolado, y bajo presión que impone el uso de estas prácticas contra todo criterio científico.

Lo más pertinente de la MNT es lo referente a los fitofármacos. Las plantas tienen un lugar en la historia de la medicina y la farmacia, un lugar en la cultura de los pueblos. Anteceden en su uso por los humanos a la aparición en la sociedad de los médicos, de los hospitales y de las escuelas de medicina. Los conquistadores españoles encontraron la quinina (del árbol de la quina) y se utilizó durante varios siglos para controlar las fiebres por malaria o paludismo, hasta la segunda guerra mundial.

Yo aprendí a digitalizar a pacientes en insuficiencia cardiaca congestiva con polvo de hoja de digital. Esto ocurrió en el Hospital "Calixto García", Sala Clínica Bajos en 1952-1953. Me enseñó *Fidel Ilizástigui*. El "Calixto" era pobre y era también el hospital de los pobres. Si el paciente no podía comprar digitoxina, digoxina u otro, el hospital le daba las tabletas de polvo de hoja. Por razones como estas y porque se puede hacer ciencia, buena ciencia, trabajándose con plantas medicinales es que censuro lo que ocurre.

Recordará Ud. cuando se preparaba la inauguración del nuevo edificio de la Facultad "Salvador Allende", que propuso se dedicara el área de investigación a un laboratorio de plantas medicinales. Ud. lo aprobó. Se puso al frente un científico que hizo lo que pudo y más, el *Prof. Francisco Morón*. Las promesas de apoyo del MINSAP fueron muchas, la ayuda casi cero, salvo emplear al *Prof. Morón* como experto haciéndole consultas, pero sin apoyarlo en la ejecución de experimentos para mejor contestar lo que preguntaban.

Cito un texto recién publicado "Me temo que uno de los aspectos negativo que trae la insistencia en propagar y estimular el desarrollo de la llamada medicina natural y tradicional (MNT) en nuestro país es que puede constituir una interferencia en el desarrollo del raciocinio de nuestros estudiantes de Ciencias Médicas y en la formación de profesionales con una concepción científica del mundo" (en "el auge de la medicina natural y tradicional y la formación de los profesionales de salud" por el Prof. *Emilio Carpio Muñoz*. Doctor en Ciencias Médicas, Prof. Titular. Inmunólogo. Aparece en el libro "Medicina sin apellidos. Un debate sobre la medicina natural y tradicional en Cuba. Coordinador *Osvaldo de Melo*. Edit. Universidad de la Habana, 2013).

Coincido con Carpio, se hace daño a la formación científica del personal de salud cuando se abusa y mal usa la MNT.

Pero es peor lo que ocurre con otras prácticas. Los "piramidólogos" se vieron refutados muy limpiamente, sobre todo por los físicos de la Universidad de La Habana (UH) y dejaron de mencionar la "energía" piramidal, dijeron entonces "efecto" piramidal. Así se dice que se hace ciencia. Otras prácticas han florecido como la terapia floral de Bach, cuyo basamento según su autor es la revelación que Dios le hizo al respecto.

La homeopatía, que descalificó la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana en 1866, ha vuelto a sentar plaza. No importa que su máximo exponente fuera sorprendido haciéndose fraude en el experimento a que lo invitó la revista *Science*.

¿Cuáles son las políticas educacionales universitarias que consideras han influido en el tipo de médico que se ha formado en Cuba en la etapa de 1959 al 2011?

El primer lugar adoptar el principio del estudio trabajo. A veces se debilita el equilibrio y se reduce el trabajo.

En segundo lugar los avances, todavía no hasta donde yo deseo, en el enfoque social de la medicina y la salud pública.

En tercer lugar la política respecto a la formación de valores (en Congreso de la Unión de Escritores y Artistas de Cuba (UNEAC) *Miguel Díaz-Canel Bermúdez* insistió en el tema, hablándose a otro sector pero vale). Esta política no produce lo esperado porque el contexto social contradice la política y es más fuerte. No se ve el valor del ejemplo.

¿Piensas que la formación de postgrado de especialistas médicos a través de las residencias y de la educación continua ha cumplido la política educacional de la Revolución y le haya dado respuesta a las necesidades del SNS?

Creo que sí. Es lo mejor en educación que ha hecho el MINSAP. Con dos graves errores:

- 26 años sin formar residentes, especialistas en Organización y Administración de Salud. Hoy reina el empirismo, la improvisación y el voluntarismo.
 - antes de consolidar la especialidad de Medicina General Integral (MGI) abrir para los graduados en ella, casi sin límites, la opción de otra especialidad y convertir a muchos en cuadros administrativos sin prepararlos. El abandono de la especialidad MGI está dañando la APS fuertemente.
-

¿Qué papel le atribuyes a la educación en el trabajo en los planes de estudio de la carrera de Medicina?

Bien organizada y con rigor científico es la mejor manera de formar médicos. Leer a *Ilizástigui*. Así me dirigió a mi tres años, así lo hizo *Rodríguez Rivera* tres años más. Así lo hacían los profesores de dermatología (que no se llamaba así) del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" (hoy Fajardo), los de pediatría... El estudio-trabajo me permitió saber escuchar el relato de un enfermo, saber interrogar, y adquirir las habilidades del examen físico, desde la inspección hasta la exploración manual o instrumental de los orificios del cuerpo humano. Realizar fondo de ojo, pruebas específicas como la de Hook (drepanocitemia), Quenguested-Stokey (sección o compresión de médula espinal), manejar la sonda de Sengestaken-Blakemore (sangramiento por várices esofágicas), eviscerar un cadáver, la discusión de piezas frescas, y más, que ya sobran ejemplos.

Tú comenzaste a estudiar la carrera de Medicina antes de la Revolución y te graduaste con ella. ¿Cuáles son las características más importantes que aprecias en la formación de médicos en Cuba después del triunfo revolucionario y que la distingue de la etapa precedente?

La educación médica revolucionaria en Cuba está marcada en primer lugar por el alto vuelo pedagógico que ha tenido. Nada de lo que he visto, oído y aprendido de profesores que se cultivaron como pedagogos (*Ilizástigui, Margarita Neyra, Salas Perea, Marta Pernas*) o pedagogos (como *Oubiñas*) existió antes. Los profesores de ciencias básicas dedicaban más tiempo a la práctica privada de distintas especialidades. Un titular de fisiología era internista y endocrinólogo, otro cardiólogo. Entre los anatómistas varios cirujanos, un neurólogo y un ginecólogo. Los de parasitología y bacteriología tenían laboratorios clínicos y de producción farmacéutica. Sus habilidades docentes surgían de la práctica, no de los muchos cursos para profesores que hicieron la Escuela de Medicina y el MES sobre cómo ejercer el magisterio.

En segundo lugar el valor de tener profesores a tiempo completo en el área de estudio trabajo. Los efectos sobre la docencia fueron de gran magnitud y por supuesto positivos. Gran contraste con el pasado y con América Latina.

El plan de becas para los que las necesitaron permitió a miles hacer la carrera. Se salvaron talentos. Esto no existió antes de 1959.

Si no se llegó a graduar generaciones de excelentes médicos básicos (no especialistas) fue por efecto de la masividad iniciada al inaugurarse "Victoria de Girón" y exagerada años después. Recordar que la masividad de alumnos generó masividad de docentes. Esto afecta la calidad del egresado.

Pero lo más notable del cambio que produjo la revolución fue la nueva organización de la escuela y su efecto sobre la actividad de los alumnos. Veamos lo bueno y que considero fue (y es) malo.

En revolución vimos desparecer el desorden académico, la arbitrariedad de algunos profesores, el ausentismo de otros a sus cátedras, el tráfico de influencias, el nepotismo, el fraude, la politiquería, la escasez de fondos, sobre todo en los hospitales docentes. Todos esos vicios fueron barridos por la ola revolucionaria, también la ola arrastró a los actores, con algunas pérdidas lamentables. No se puede hacer tortilla sin romper los huevos.

Pero el nuevo orden cercenó la libertad de elección para trabajar y estudiar en lo que nos interesaba. La asistencia a clase no era obligatoria, salvo muy pocas excepciones. Teníamos tiempo para trabajar en una sala del hospital que escogíamos. Según las relaciones, sobre todo familiares también algunos iban a clínicas mutualistas y consultas privadas. También había cátedras que cerraban el paso, para no favorecer que surgieran nuevos especialistas. Ej. Oftalmología. Los lugares de trabajo era todos, al menos en el "Calixto García": cuerpo de guardia y ortopedia, partos, necropsias, radiología, laboratorio clínico, y otros sitios.

Esa libertad de elección y de plena dedicación permitía que algunos alumnos al graduarse tenían competencia de especialista. Ej. de mi curso: *Eduardo Cutié* (Obstetra ginecólogo); *Héctor Rodríguez Silva* (medicina interna). De otros cursos *Wilfredo Torres* (laboratorio clínico), *Samuel Yelín* (anestesista), *Felipe Socorro* (internista).

Me tomo como ejemplo: en Clínica Bajos, con la superior dirección de un gran maestro de la clínica el *Prof. Pedro Iglesia Betancourt*, y como jefe inmediato, a la cabecera del enfermo, en las guardias, en las autopsias, en las reuniones científicas: tres años con *Fidel Ilizástigui* y tres años con *Luis Rodríguez Rivera*. Esto es un enorme privilegio para un alumno. Pero lo hacíamos los que queríamos hacernos médicos, los que luchábamos por ganar por concurso una plaza de alumno interno (6to. y 7mo. año de la carrera), médico interno por concurso y residente por concurso oposición. Esa era la cantera de profesores destacados, al menos en las áreas de clínicas médicas y clínicas quirúrgicas. Era más el esfuerzo personal, la elección por el individuo, la relación con un servicio determinado y un mínimo de autonomía económica, que se aliviaba mucho al residir en el internado y recibir el estipendio de alumno interno.

Todo este resumen que retrata la década de los 50 del siglo pasado no existe hoy. Los planes y programas se apuntan a esquemas que no permiten a un alumno trabajar de 4 a 8 horas en el hospital (lunes a viernes) y guardias, que durante varios años yo hice 2 semanales. Que también teníamos tarea del sábado (reuniones científicas) y visitar algún grave los domingos. Esto es la vida de hospital de un estudiante o médico joven. No se repite. No se olvida.

Debo comentar aquí una gran diferencia del antes y el ahora, donde he visto perderse una tradición que no debió abandonarse. Me refiero a ocupar cargos por concurso o concurso oposición. Era la mejor demostración de la competencia profesional de cada aspirante. Siempre eran menos las plazas que los aspirantes. Había perdedores y ganadores y éstos últimos era los mejores. Mencioné los vicios y corrupción de la época, que llegaban a la Universidad, pero en estos concursos y oposiciones no lo vi en los años de que hablo. Por eso un negro, pobre y comunista triunfó (*Ilizástigui*), y otro también negro y pobre (*Sollet*) y un chino pobre (*Chóng y Achón*). Considero el concurso oposición la mejor opción para cubrir puestos desde residentes hasta todas las categorías de profesores o investigadores.

Fuiste de los primeros médicos rurales. ¿Qué importancia le atribuyes al Servicio Médico Rural?

La importancia política, económica y social se ha divulgado mucho. Fue el primer gran programa social de la revolución con resultados palpables. Se adelantó a la alfabetización. Ambas fueron parte de la gran política de la revolución en los primeros años: la reforma agraria.

En ocasión del 50 aniversario del Servicio Médico Social dije en el acto conmemorativo algo distinto. Me referí a que significó para nosotros, los recién graduados que nos sumábamos a la revolución. Anexo a este texto lo que dije en esa ocasión y que se publicó después.

¿Estimas que la formación de médicos en Cuba en el período de 1959 al 2011 ha dado respuesta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud?

En general SI. Como en todo problema complejo pueden encontrarse deficiencias, pero lo positivo supera todo.

Entre lo que no me satisface:

- la apertura no controlada de una segunda especialidad para los especialistas en MGI. Ha provocado una fuga masiva de estos especialistas (MGI) de la APS. Se ha golpeado muy fuerte la idea de Fidel, a la que sigo adherido. Esto se refuerza con el incumplimiento de promesas que se hizo inicialmente a los MGI: acceso a las cátedras de la especialidad, a la investigación, a estudios en el extranjero, consideraciones salariales por trabajo en zonas apartadas, por permanencia en el puesto del modelo MEF, y algún otro estímulo que no ha llegado. Ya no gozan de los eventos que organizaba el *Prof. Cosme Ordóñez*, donde dialogaban con Fidel.

¿Por qué tú crees que el MINSAP haya asumido la atención del internado siendo ese año académico parte de la carrera, del pregrado, que lo atendía la universidad?

El internado antes de la Revolución solo era básicamente en el Hospital "Calixto García". Había alumnos internos en sexto y séptimo año, médico interno y residente. La carrera era de siete años. Por concurso los 20 primeros expedientes eran alumnos internos del hospital mencionado y los siete que le seguían eran alumnos internos del Hospital "Nuestra Sra. de las Mercedes". Cuando terminaban, se quedaban por un año como médicos internos los de *las Mercedes*. Los 20 del *Calixto* se quedaban como médicos internos por dos años. Al concluir el tiempo del internado, se sacaban las plazas por concurso oposición de residentes. Había cinco residentes de Medicina Interna. En un año había oposición para tres plazas y en el otro era para dos plazas. Todos los años había oposición. Había residencias también, de Cirugía, de Pediatría no recuerda las plazas y en Obstetricia también, pero no estoy seguro. Fueron residentes de Pediatría, Olimpo Moreno Vázquez y Ramón Casanova Arzola. No había residencias en *las Mercedes*, solo en el *Calixto*. En el hospital de *las Mercedes* sí había la plaza de jefe de Internos, que era el de expediente mayor por un año. En del *Calixto* el jefe de internos, era por concurso oposición, no era por expediente como en el *Mercedes*. *Izázigui* escribió su tesis para la oposición que hizo en 1957 para ocupar la plaza de jefe de internos en el *Calixto*. Eso lo publicó la Junta de Gobierno revolucionaria del Hospital en el año 1959.

Los alumnos que no accedían a las plazas de internos en los hospitales, del 27 en adelante, ocupaban un grupo de plazas para alumnos en Casas de Socorros y tenían un pequeño estipendio. Nadie controlaba eso, ya que en las casas de Socorros había gente pagada. Se iba para tener alguna práctica. Considero que también algunos alumnos iban para el Hospital "América Arias" (Maternidad de Línea) o al Infantil, no estoy seguro. También había alumnos en el Hospital Municipal de Emergencias, el "Freire de Andrade". Allí iban los que tenían inclinaciones a la cirugía, era un hospital eminentemente quirúrgico. Allí se

formaron buenos cirujanos. El Hospital de Emergencias era del municipio de La Habana, según la división administrativa de entonces de la ciudad. Nada más ingresaban en ese hospital personas residentes de ese municipio. Los de Marianao, Regla, Guanabacoa iban para el *Calixto*. A no ser que pagaras.

La duración del internado en estos primeros momentos de Revolución fue muy breve. Interesó al MINSAP como fuerza de trabajo.

Desde el triunfo revolucionario, en el internado no se imparten asignaturas nuevas. Los internos practican los modos de actuación y adquieren competencias profesionales bajo la supervisión del profesor.

¿Hasta qué año académico se impartían asignaturas en el plan de estudios de Medicina que tú cursaste?

Las asignaturas duraban hasta el séptimo año, no es como ahora. El interno tenía obligaciones en el hospital, pero las asignaturas llegaban al séptimo año, hasta el final de la carrera. El plan de asignaturas cubría siete años, por ejemplo, Pediatría se impartía en el séptimo año. Medicina Interna y Cirugía se daban en sexto y séptimo año. Al concluir el sexto, te daban un pase de año, no una nota. La calificación de la asignatura se daba cuando concluías el séptimo año.

Mi entrevistado fue el expediente 21 y fue alumno interno en el hospital Mercedes junto con *Rodríguez Silva, Cutié, Elena González Sojstrom, Silvia Rodes*, todos ellos fueron al hospital de las *Mercedes*. Todos los meses el jefe de internos asignaba una sala distinta y a su vez los internos recibían las asignaturas. Uno negociaba con la cátedra si era interno y te decían no tienes que venir a las clases. Otras asignaturas si exigían asistencia. En el *Calixto*, el interno hacía las historias clínicas y otras tareas importantes. También había acuerdos con la cátedra a que el alumno se adscribía.

¿Al interno le pagaban por su trabajo?

El alumno interno en sexto y séptimo año ganaba 30 pesos mensuales en el hospital *Mercedes*. No recuerdo en el *Calixto* y si pagaban más, eran 40 pesos. En el hospital *Mercedes* pagaba el hospital, no la universidad y lo cobraba en una ventanilla de una oficina del hospital. Se le decía estipendio.

¿Cuándo te graduaste de médico?

Cuando cierra la Escuela de Medicina en diciembre de 1956, estoy en sexto año de la carrera, como alumno interno en el hospital de las *Mercedes*. La Escuela se abre nuevamente cuando triunfa la Revolución en marzo de 1959 y terminamos en diciembre de ese año el último examen y se suspendió la tesis. Antes el graduado culminaba con tesis, ahora se hizo un ejercicio de grado, en enero de 1960 y el 1ro. de febrero de 1960 nos da el nombramiento en el Servicio Médico Rural. Cuando regresé del Servicio, venía a ocupar plaza de Médico Interno en el *Calixto* pero habían cambiado las cosas. Cuando terminó la carrera era en el escalafón el expediente número 18 y no el 21 que era cuando terminé el 5to. año en 1956. La plaza que ocupé fue de residente. No había médicos internos.

¿Cómo pudiste aprobar las asignaturas de la carrera trabajando tres años en las salas con Ilizástigui y tres años con Rodríguez Rivera siendo alumno?

Trabajaba en el hospital 6 u 8 h diarias y por la noche no dormía estudiando. No iba a muchas clases de las asignaturas. Perseguía los ejercicios de premio de las asignaturas en que eran prácticos, ya que al trabajar desde segundo año en el hospital, tenía mucha práctica. Ejemplo de fondo de ojo en la asignatura Oftalmología. Cuando aspiro al premio, que era hacer un fondo de ojo y describirlo, ya había hecho cientos de fondos de ojo en el hospital. Esa etapa de trabajo como alumno, si no era un interno de sexto o séptimo año no les pagaban nada. Eran alumnos voluntarios del hospital. Le daban responsabilidades y la sala lo controlaba.

¿Cuánto le pagaban al médico residente?

Tal vez el médico residente ganaba 110 pesos, pero no estoy seguro.

¿El alumno que no era interno o que no trabajaba en salas, como hacía su práctica antes de graduarse?

Había una amalgama de situaciones distintas. En primer lugar, había los que nada más aprobadas las asignaturas para recibir el título de médico, tomaban un avión e irse para los Estados Unidos de América (EUA). Recuerda que hubo graduaciones, antes de 1959, que la tercera parte de los graduados se iban inmediatamente.

Se graduaban en julio y en octubre estaban en un internado en los EUA. Estudiaban más el idioma inglés en los últimos años de la carrera que las asignaturas. No ingresaban como residentes en los hospitales yanquis, sino como internos. Las aspiraciones eran diferentes. Había los que querían emigrar. Se colocaban allá en cualquier hospitalito a hacer un internado. Se graduaban entonces allá y se quedaban. Lo que hacían los más interesados en una buena formación iban a hospitales docentes como el *Cook County Hospital*, en Chicago.

Había gente que no hacía práctica académica en ningún lado y se graduaban sin ninguna práctica. Había también los que tenían un pariente médico o hacían práctica en la consulta o clínica del pariente.

¿Tú creaste la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP ¿Qué ha significado para la salud pública revolucionaria el desarrollo de un eficiente Sistema Nacional de Estadísticas de Salud?

Una oficina de estadísticas existió siempre en la antigua Secretaría de Salubridad. Después de 1959 la estadística sanitaria ha hecho aporte valioso, a partir del fuerte desarrollo que se pudo alcanzar en relativamente poco tiempo. Trataré de resumir lo que pienso presentando las ideas en un orden cronológico.

Lo primero importante fueron los cursos de técnicos y auxiliares de estadística. Esto fue probablemente en 1962 o 63. Yo no estaba todavía en el Cargo de Jefe de Estadísticas. En una reunión de Directores provinciales se nos presentó la convocatoria para un curso de auxiliares de Estadística. Las exigencias que se pretendían eran tan elitistas que me percaté que no tendría alumnos en Camagüey, pero se iniciaron y sostuvieron, junto con nuevos graduados los estadísticos de la

provincia. Destacaron en Camagüey *Carmen Prats Rizo, Mario Don* (corto tiempo), *Elida Ramos, María Lezcano, Leandro Villalobos* y otros en los municipios.

Después los cursos se hicieron de técnicos y auxiliares. A la estadística se añadió el contenido de registros médicos. Con el trabajo de estos compañeros se alcanzó la cobertura nacional de las necesidades de registro y transmisión de información desde la base. Una enseñanza clave para este trabajo: la ética. Los hechos son o no son, no podemos ocultarlos, adulterarlos, inflarlos. Esto permitió en 1974 solicitar una auditoria a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre calidad y cobertura de las estadísticas vitales de Cuba que concluyó afirmando que esas estadísticas eran completas y confiables. El informe técnico lo hizo *Ruth Puffer* Jefa de la División de Estadísticas de la OPS, que envió copia a la División de Población de Naciones Unidas que publicaba cada año el *Demographic Yearbook*, donde los datos de Cuba se escribieron en letra cursiva o bastardilla lo que indicaba que eran cifras con gran subregistro. Al enviar el informe *Puffer* proponía que se dejara de usar esa letra y el concepto de estadísticas con subregistro para Cuba. Así ocurrió, desde entonces no se estigmatizan nuestros datos en esa publicación oficial de Naciones Unidas. Esta obra se hizo con los técnicos y auxiliares, donde destacó de modo notable *Norma Eneida Ríos Masabot*, pedagoga por la Universidad de Oriente, pero que es de la primera generación de técnicos de estadística del MINSAP.

Pero esto no era suficiente. Había tareas que no podían realizar los técnicos, sobre todo de investigación. Se necesitaban profesionales. Fui a buscarlos. No encontré. Se graduaban muy pocos Licenciados en Matemática Estadística en la Universidad de La Habana, los monopolizaba la Junta Central de Planificación (JUCEPLAN), el Comité de Estadística y la alta esfera de dirección de la economía. Sólo obtuve lo que llamaba alumnos insertados. Varios llegaron a mi oficina. Empecé a trabajar para retener alguno. Fue posible, así llegó al MINSAP *Luis Carlos Silva*, el primero en el tiempo, el primero en calidad, el que sin dejar de ser estadístico es salubrista, profesor, investigador. Luego siguieron otros. Para la investigación de crecimiento y desarrollo llegó *Mercedes Rubén*, para el perinatal *Carlos Sánchez Texidó, Jorge Bacallao, Antonio Rubí* y algunos más. Al final los captaba de otros organismos cuando les resultó más interesante el trabajo y el ambiente académico elevado del Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS): *Marta Fuentes, Ana J. Gravalosa...*

Un caso singular fue el de una joven que encontré en el Ministerio trabajando en estadísticas de mortalidad, descubrí que era alumna de la licenciatura en la Universidad, cuando se graduó le propuse que se hiciera demógrafo (no había ninguno en el Sistema), aceptó. Fue a Chile, se graduó a nivel de master. Luego a Moscú, Universidad *Lomonosov*. Hizo el doctorado. Ejemplo de cómo pasamos de auxiliares a doctores. Es *Luisa Álvarez Vázquez*.

Pero hay más. La necesidad de profesionales no se alcanzaba a cubrir con matemáticos. En mis contactos con visitantes o cuando yo viajaba fui conociendo estadísticos de alto nivel que había hecho formación en ese campo en postgrado.

El consultor de la OPS que atendía a Cuba, *José Coll* era un médico argentino que hizo sus estudios de estadística en Londres con el célebre *Austin Bradford Hill*. Su sucesor como consultor, el abogado boliviano *Hans Bruch Torrelio*, que estudió estadística en Brasil y Estados Unidos de América. Encontré cursos formadores de estadísticos profesionales en Chile, Brasil, Estados Unidos, Inglaterra.

Con estos elementos elaboramos el proyecto: residencia de estadística sanitaria. Fue subir una larga y empinada escalera, pero se consiguió. Se aprobó y comenzamos. Sólo se autorizó para médicos y estomatólogos.

El claustro era excelente. Ya eran profesores *Silva, Luisa Álvarez, Eneida Ríos* y añadimos extranjeros que viajaban como expertos OPS: *John Fertig* (Univ. de Columbia, New York), *Joseph Macheck* (Univ. Carolina de Praga), *John Bibi* (Univ. de Bristol Inglaterra)...

Entre los cubanos un caso excepcional. *Cándido López Pardo*. Matriculó una de las ingenierías de la Universidad "José Antonio Hechevarría", después de aprobar sin dificultad el primer año, descubrió que no le gustaba esa carrera. Abandonó. Buscaba trabajo. Me habló de él una persona que siempre he visto bien informada y de criterios. Se entrevistó conmigo y con el *Prof. Arnaldo Tejeiro*. Parece que nos deslumbró. Empezó a trabajar. Aprendía rápido, a los seis meses no había nada que enseñarle de lo que se hacía en aquella oficina. Se presentó una oportunidad, un curso avanzado en Chile. Obtuvo la beca. Era el alumno monitor del curso, pero se produjo el golpe de estado. El drama de refugiarse en la residencia del Embajador y la evacuación a Cuba contado por él parecía comedia, gracias a su gran sentido del humor. En el curso había hecho buenas relaciones con el *Prof. John Fertig*, Jefe de la Cátedra de Estadística de la Escuela de Salud Pública de la Univ. de Columbia, New York. Se escribieron. *Fertig* le ofreció recibirlo en esa escuela, y hacer el curso de maestría, pero sin darle el título ya que no era titulado universitario. Aceptado. Nueva beca, primero en el *English Lenguaje Institute* de la Universidad de Michigan (*Ann Arbor*) perfeccionó el inglés, después Universidad de Columbia. Hizo el curso. Alumno ayudante. El de más alto rendimiento. Una semana antes de concluir lo citó el Decano, junto con su profesor *Fertig*. Nuevo drama, supuso él. No habló. Escuchaba. Le recordaron lo que ya sabía sobre no recibir título. Pero le añadieron que no le habían advertido que ante un rendimiento excepcional sí se otorgaba el título. El Consejo Académico o algo de nombre parecido habían acordado que merecía el título. Regresó un Maestro en Salud Pública de la Universidad de Columbia. Fue profesor de excepcional maestría en la residencia de estadística. Años después lo sería en la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.

Con un claustro como el que comenté, la residencia alcanzó un alto rigor y empezó a graduar especialistas competentes. A los graduados se les ofreció oportunidades de estudios en el extranjero. En pocos años maestros y doctores: *Luis Carlos Silva, Mercedes Rubén y Rosa Jiménez* en la Universidad Carolina de Praga; *Aida Cisneros* en Rostock, República Democrática Alemana; *Octavio Ávalos* en el centro de Demografía de Bucarest; *Leticia Fernández*, tres cursos de complejidad creciente en París, luego la primera que defendió doctorado en Cuba. *René Suárez*, maestro en Moscú, Instituto No. 2.

Como especialidad se ha reconocido su necesidad, la calidad de los graduados, la aceptación por las instituciones donde han trabajado. El número de doctores es notable en grupo relativamente pequeño. A los que mencioné pueden añadirse los más recientes como *Miriam Gran, María del Carmen Pría, Julia Pérez Piñero, Héctor Bayarre Vea*.

Este trabajo resolvió dar al aparato de estadísticas del MINSAP un alto nivel científico técnico, asegurar cobertura para la investigación relevante, mejorar la enseñanza en las facultades y escuelas.

Cada cosa a su tiempo, de los auxiliares a los doctores. Cerramos el ciclo.

Excusas por lo extenso, por lo anecdotico, por lo personal, por no olvidar a los buenos (por costumbre no mencioné los emigrados, excepto uno, que es doctor), debo añadir una perdida sensible *María E. Astraín*, fallecida en plena madurez profesional.

La residencia de Bioestadísticas comenzó y se mantiene solo para médicos y estomatólogos. ¿Consideras que debe seguir así?

No, considero la puede hacer otros profesionales, psicólogos, enfermeros, sociólogos y otros.

Esto lo cuento como de lo mejor que he vivido.

A partir de 1976 la formación de médicos es una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, ratificado en la Ley 41 de 1983 o Ley de la Salud Pública donde se establece en el Artículo 72:

"- La organización de la salud pública, a través de las instituciones docentes del Sistema Nacional de Salud, subordinadas directamente al Ministerio de Salud Pública o a los órganos locales del Poder Popular, tiene la responsabilidad de formar el personal propio de la salud".

¿Qué influencia tuvo esta decisión en la integración docente-asistencial-investigativa?

Cuando la enseñanza de la medicina pasó al sector salud todos aplaudimos. Yo creí que era correcto. Hoy pienso que no se ha logrado lo que se pretendía.

Las fuertes discrepancias entre MINSAP y Universidad no terminaron. Se trasladaron al interior del MINSAP: docencia vs asistencia. Luego Vice Ministerio de Docencia VS Instituto Superior de Ciencias Médicas.

El asunto llevado a su expresión más clara es la subordinación que se da en el Sistema de Salud a la enseñanza que se ubica bajo la asistencia.

El concepto Sistema de Educación se rompió al segregarse de él, la educación médica, y se colocó la educación subordinada a los servicios de salud.

Consecuencias, entre otras:

- intentos y logros sistemáticos de reducir la duración de los programas.
- conceder a los medios de enseñanza un valor que no tienen, en detrimento de la maestría pedagógica.
- interrumpir cursos (pre y pos grado) por contingencias del servicio, interpretando mal el principio del estudio trabajo.
- *Ilizárigui* decía en cierta ocasión que no podía hablar de internistas formados por él. Generalmente antes de un semestre el residente era sacado del servicio: zafra, escuela al campo, misión internacionalista, otro servicio...
- se ha reducido notablemente la formación en el extranjero. ¿Chovinismo? Parece que lo sabemos todo, no tenemos nada que aprender fuera. El que decide irse se va. No hay vacuna. Es necesario mejor trabajo político, mejores condiciones de trabajo, que la asistencia no frene la docencia, mayores oportunidades de becas, más investigación...

Tú estabas en el MINSAP en una etapa fundacional creativa. ¿Qué importancia le atribuyes a la formación del Centro Nacional de Información en Ciencias Médicas, al

desarrollo del Sistema de Publicaciones Científicas de Salud y al establecimiento de INFOMED?

La fundación del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas fue un gran logro. Contó con el apoyo de Machado. Se ocuparon de su organización inicial *Daniel Alonso y Rafael Octavio Pedraza*, avanzaron bastante. Producieron libros y revistas con trabajos de autores cubanos como nunca antes. Se obtuvo fuerte asesoría soviética. Luego vinieron altas y bajas. Fueron directores que fortalecieron el centro *Joaquín Torres Collazo y Vicente Osorio Acosta*. La crisis en recursos y el bloqueo afectó el trabajo.

INFOMED fue un salto cualitativo notable. La nueva tecnología permitió superar obstáculos. El trabajo de *Pedro Urra* fue extraordinario. No creo que el MINSAP le haya hecho justicia.

La influencia en la docencia ha sido enorme. La publicación científica es un componente de la investigación y la enseñanza.

¿Consideras que hay algún documento importante de la formación de médicos en la Revolución que se deba analizar de nuevo y debatirlo?

Lo escrito por *Ilichástigui* es capital. También lo que aparece en la revista Educación Médica Superior. No ha volado alto pero es útil. Ver trabajos de *Salas, Agustín Vicedo, José Fernández Sacasas, Natacha Rivera y Marta Pernas*.

JVV. *¿Consideras que hay algún documento importante del desarrollo de la Salud Pública en la Revolución? Pienso en los objetivos o metas que se trazó la salud pública cubana en cada momento de su desarrollo y cuál fue el primero en la década del 60*

No hay un documento único. Se necesita para un análisis adecuado muchos documentos: discursos de Fidel, de los ministros, revistas como la de Salud Pública, Higiene y Epidemiología y Medicina Tropical. Algunos libros como los de *Miguel A. Moreno y Luis Rodríguez Rivera*, van más allá de sus títulos. Algo en mi libro Salud Pública/Medicina Social.

El primer documento que habló de metas, yo estaba en el Servicio Rural como Coordinador, tal vez de 1962 fue un cartel (del suelo al techo) con 12 o 14 metas o directrices (así se titulaba) a la entrada del MINSAP, todavía en Belascoaín. Se imprimió el texto en una página, pero no lo he encontrado cuando lo he buscado. De los primeros años el que produjo el 1er Fórum Nacional de Higiene y Epidemiología, que considero la más importante reunión sobre salud pública después de 1959.

Es importante el que impulsó *Héctor Terry* con título igual o parecido: "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1997-2000".

Recibido: 12 de octubre de 2015.

Aprobado: 16 de enero de 2016.

*Juan Vela Valdés. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.
Correo electrónico: jvela@infomed.sld.cu*