

Tema XI

Medicina general integral

Evolución histórica y concepto de la Medicina General Integral

En nuestro país, a finales de la década de los 50, el cuadro de salud dominante era el típico de un país subdesarrollado: pobre higiene ambiental; niveles nutricionales muy bajos; altas tasas de mortalidad infantil y materna; baja expectativa de vida; elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias; bajos niveles de parto institucional, escaso desarrollo de los sistemas de servicios de salud estatales; la atención médica limitada a la consulta privada de los médicos y algunos servicios externos en hospitales que daban cobertura a una reducida parte de la población, con un carácter eminentemente curativo.

En el año 1959 triunfó una revolución que tenía y tiene entre sus principios fundamentales la salud de la población. Para lograr mejorar la calidad de vida de las personas, familias, colectivos y comunidades se realizaron acciones económicas, sociales y médicas, a partir de los principios de gratuidad y accesibilidad.

En la década de los años 60, se puso en práctica un modelo de atención integral sobre la base de un modelo asistencial por médicos en el policlínico, y la atención de terreno por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios por sectores de 2 000 habitantes, que se ocupaban de la solución integral de los problemas de salud de la época (enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles y otras, así como, demanda de asistencia médica) que recibió el nombre de policlínico integral (1963). En esa época se practicaba una medicina integral, preventiva y curativa; se ejecutaban acciones de salud sobre las personas y el medio, que se agruparon en forma de programas, como respuesta a los problemas de salud que prevalecían (enfermedades infectocontagiosas).

Estos policlínicos integrales coexistieron hasta 1968 con la atención prestada por las clínicas mutualistas que atendían por aquel entonces un millón de personas (la población cubana de la época se estimaba en 7 millones de habitantes). El éxito mayor de los policlínicos integrales fue disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa de disminución de la mortalidad infantil.

Con la desaparición del mutualismo (a partir del año 1969), en la década de los años 70 y siguiendo los principios de la declaración de Alma Atá (1978), el Sistema Nacional de Salud elaboró un nuevo modelo de atención que tuvo en cuenta los cambios ocurridos en el estado de salud de la población (predominio de las enfermedades crónicas no trasmisibles), por tanto fue necesaria la búsqueda de nuevos procedimientos que dieran respuesta a las necesidades de la población y fue así que surgió el modelo de medicina comunitaria, el cual no negaba, sino mantenía los principios del policlínico integral, pero con nuevos procedimientos que permitieran

mayores avances en el desarrollo de la atención primaria. Este modelo consistía en la dotación a los policlínicos de especialistas en Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia, y la elevación de la calidad en la visita domiciliaria mediante la visita médica. Su éxito principal fue la disminución de la mortalidad infantil a la cifra de 10 x 1 000 nacidos vivos; el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y las actividades de control de las enfermedades epidémicas.

En la década de los años 80 el país contaba con suficientes recursos humanos y materiales para la salud, sin embargo, continuaba la inadecuada utilización de los mismos en los policlínicos comunitarios. Anualmente acudían a estas instituciones entre el 75 y el 85 % de la población asignada; los cuerpos de guardia o de urgencias de los hospitales continuaban sobrecargados y las personas, familias y la comunidad, no estaban satisfechas con la atención recibida a nivel comunitario. Entre los factores causantes de esta situación estaban: la fragmentación en la atención, debido al incremento incesante de especialidades médicas, así como el elevado número de médicos generales no especializados que se mantenían laborando en los policlínicos.

En esta situación, se plantea la necesidad urgente de transformar los servicios de salud y orientarlos principalmente a la promoción y prevención con un enfoque familiar, para evitar las enormes pérdidas de capital humano, así como la carga insostenible para los servicios de tratamiento, resultantes de la falta de medidas eficaces para combatir las enfermedades evitables: transmisibles y no transmisibles, los traumatismos y los accidentes.

La especialidad de Medicina General Integral

Ante este reto surge la decisión política de la formación de un personal médico que asimile los adelantos en el conocimiento y brinde atención integral. Este médico general integral (Especialista de Medicina General Integral) o médico familiar (Especialista de Medicina Familiar, como se denomina la especialidad en otros países) debía llevar a cabo una práctica concentrada en la promoción, prevención y en el comportamiento de la persona como ser biopsicosocial, con lo cual quedaría atrás la etapa de “superespecialización”, tendencia que además de no lograr un impacto posterior en los indicadores de salud, conducía a un incremento de los costos de la atención con el consiguiente efecto de inequidad e inaccesibilidad.

El aumento cuantitativo de los recursos e indicadores de salud posibilitó un cambio cualitativo en el modelo de atención a la salud, surgió, entonces, en 1984 en el Policlínico Lawton ubicado en el municipio “Diez de Octubre”, en la capital del país, una nueva forma organizativa de atención primaria: el médico y la enfermera de la familia, y con ello la formación de aquél como especialista de Medicina General Integral, con un programa de residencia de 3 años, consecutivos a 1 ó 2 años de posgraduado, con dependencia de su ubicación rural o urbana, el perfil profesional de este especialista está dirigido a la atención primaria de salud, éste es su principal escenario de formación, en la educación en el trabajo en el servicio donde se desempeña como médico de familia, bajo la asesoría permanente de un grupo de profesores de las especialidades: Medicina General Integral, Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y Psicología. Realiza, además, turnos de urgencia y rotaciones en las principales áreas de atención secundaria y culmina con la realización de un examen estatal ejecutado por profesores evaluadores de otras facultades de ciencias médicas

y la presentación de una tesis de investigación ante un tribunal.

Este programa se fue extendiendo paulatinamente al resto de la nación, éste fue el modelo predominante durante la década de los años 90. De esta manera el médico y la enfermera son responsables de la salud de 140 a 180 familias, con un aproximado entre 600 y 1 000 habitantes.

El especialista de Medicina General Integral brinda una atención médica con las siguientes características:

Integral: pues considera la unidad de los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico, los cuales están en interacción con el individuo y su colectividad y condicionan el proceso salud-enfermedad.

Sectorizada: ya que responsabiliza al Médico General Integral con un número determinado de habitantes.

Regionalizada: asigna hospitales para la remisión de pacientes que lo necesitan, con lo que se interrelacionan los distintos niveles de atención y se garantiza la aplicación de todos los adelantos científicotécnicos de la medicina, lo que propicia que la atención hospitalaria sea un complemento del Programa de Atención Integral a la Familia.

Continuada: atiende a la población asignada en su domicilio, en el consultorio, policlínico y en el hospital, acompaña al paciente al ingreso hospitalario y puede determinar la conducta a seguir con el paciente ingresado, es decir, atención médica ambulatoria u hospitalaria.

Dispensarizada: dispensariza a toda la población, incluyendo a los individuos sanos, ya que éstos merecen una atención activa y controlada periódicamente.

En equipo: existe una estructura asistencial, docente, investigativa y administrativa encargada de jerarquizar, coordinar y controlar el trabajo individual del médico y de la enfermera, lo hace a su vez parte de un equipo mayor en las dimensiones verticales y horizontales. Esta responsabilidad recae en el policlínico, donde se crean grupos básicos de trabajo como estructura integradora de un conjunto de médicos y enfermeras de la familia, que se encargan de coordinar el trabajo entre los médicos y entre ellos, el policlínico y otros servicios del sistema. De esta manera, el médico general integral y la enfermera forman parte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

Con participación comunitaria: se relaciona estrechamente con las organizaciones de masas representantes de la comunidad, entre ellos los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP). La más alta expresión de estos logros es la creación de los Consejos Populares, al que se han integrado las unidades de salud para su administración por la propia comunidad que disfruta de dichos servicios. En conjunto con estas organizaciones, se realiza el Análisis de la Situación de Salud del Área, concebido como uno de los instrumentos más importantes para el trabajo y la solución de los principales problemas de salud de la comunidad. Se considera a la comunidad, no como un recurso utilizable para garantizar mejores niveles de salud, sino como sujeto de cambio o transformación en términos de un mejor proyecto de vida y unas metas determinadas.

La participación social y comunitaria y los municipios por la salud son vías importantes para el trabajo en la atención primaria de salud, fundamentalmente

para el médico y enfermera de la familia, que implica acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y al ambiente para promover el bienestar total de la población.

Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia

La misión de la atención primaria de salud es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social en personas, familias y comunidades con una amplia participación de los actores sociales, tanto intrasectoriales como extrasectoriales, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación; esto se logrará en los servicios que sean capaces de garantizar la equidad, eficiencia, efectividad y la mayor calidad científicotécnica de las actividades que desarrollen.

El Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia es el Programa de Atención Integral a la Familia, que se desarrolla en los policlínicos y hospitales rurales, que son atendidos por médicos familiares.

Cada equipo básico de trabajo (médico y enfermera de la familia) está subordinado administrativamente al director del policlínico y a su vez desarrolla su labor en “tríos” de consultorios, de acuerdo con su cercanía y trabajan estrechamente unidos, de manera que si un médico o enfermera de la familia se ausenta por algún motivo, su población no deja de recibir atención médica integral.

El médico y la enfermera de la familia, generalmente viven en el área de trabajo asignada, en módulos construidos al efecto o en locales adaptados, cedidos por la propia comunidad o por los comités de defensa de la revolución (CDR) o consejos populares. Un número más reducido desempeña su trabajo en centros laborales, centros educacionales (jardines de la infancia y escuelas), así como en hogares de ancianos.

Junto con la historia clínica individual se trabaja con la historia de salud familiar (HSF), cuyo objetivo es recepcionar información relacionada con el control biológico, higiénico, epidemiológico y socioeconómico de la familia y sus integrantes. La HSF se confecciona a cada núcleo familiar y permanece en la consulta del médico como medio de control de una serie de datos relacionados con la familia y sus integrantes.

El equipo de medicina familiar organiza su trabajo con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población que atiende. Por tanto, la labor que realiza no puede estar enmarcada en horarios rígidos y esquemas inflexibles. Se labora en consulta médica y en actividades de enfermería todos los días, de lunes a sábado, generalmente desde las 8:00 hasta las 12:00 horas, aunque un día a la semana se trabaja desde las 17:00 hasta las 21:00 horas (deslizantes) para facilitar la asistencia a consultas programadas de personas supuestamente sanas, principalmente trabajadores y estudiantes. En horas de la tarde se efectúan visitas al hogar, y una tarde a la semana se dedica a las actividades docentes o de investigación. El médico de la familia forma parte de un equipo de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, que realiza las interconsultas de las especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y Psicología) en el propio consultorio de medicina familiar, por lo

menos cada 15 días y también cada vez que se le solicite. De ser necesario, éstas se efectúan en el hogar del paciente, y surge la interconsulta docente en el hogar. El resto de las interconsultas con especialidades no básicas se realiza en el policlínico o en los hospitales asignados (hospitales clínicoquirúrgicos, pediátricos y ginecoobstétricos).

El médico puede asistir a las interconsultas de las especialidades no básicas con el objetivo de recibir docencia o intercambiar criterios con el otro especialista, lo que garantiza su educación permanente que se complementa en la guardia médica (turnos de urgencia) que realiza semanalmente: en el policlínico y en los hospitales, durante 3 meses en cada uno de ellos, de manera cíclica. El equipo de medicina familiar desarrolla el ingreso en el hogar, que consiste en la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad y que no requieran necesariamente por su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de su permanencia en el hospital, pero sí de su aislamiento o reposo domiciliario. Gran parte de los exámenes de laboratorio se realizan en los propios policlínicos o en éstos se realiza la toma de muestras y se envían a otros laboratorios mejor dotados, los resultados son recogidos por el equipo de trabajo y no por los pacientes.

Las actividades se programan teniendo en cuenta a la familia como unidad básica (enfoque familiar), pero sin olvidar las acciones individuales a realizar en el niño, adolescente, adulto, embarazada, puérpera, anciano y en el trabajador de forma integral y de acuerdo con los problemas de salud de la comunidad.

La dispensarización y el análisis de la situación de salud (ASS) son 2 elementos fundamentales en el trabajo del médico familiar: el primero es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas: personas supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y con secuelas, esta acción facilita la observación permanente y dinámica de individuos y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. El segundo representa un enfoque de la situación de salud poblacional a partir de los perfiles de morbilidad y mortalidad, elementos socioeconómicos y de organización de los servicios como eje conductor de su desarrollo, con un enfoque multisectorial, resultado de la acción de los diferentes actores sociales en la identificación de los problemas. El ASS constituye un ejemplo del más alto grado de participación comunitaria para mejorar la salud de la comunidad, lo cual es un instrumento importante en el trabajo del equipo básico para dirigir sus pensamientos y actividades diarias en el análisis de los problemas existentes para buscar las soluciones.

Código de honor del médico y la enfermera de la familia

Los médicos y enfermeras que trabajan en el modelo de medicina familiar deben observar estrictamente los principios de la ética médica vigente en nuestro país para todo el personal de salud.

Las particularidades que caracterizan su trabajo, que se desarrolla fundamentalmente en el terreno, necesaria y convenientemente deben promover amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar. Esto a la vez determina que los principios de la ética médica tengan que ser cuidadosamente

observados y algunos ampliados.

Su función esencial, ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyen en la salud.

Es su primer deber detectar lo que en la vida diaria puede incidir negativamente en la salud, y con paciencia, sencillez y perseverancia, esforzarse por producir los cambios necesarios, tendientes a alcanzar un modo de vida más sano.

Debe ser observador perspicaz y aprender a escuchar atentamente y sin prisa lo que le refieren, mostrar un gran interés por las preocupaciones o interrogantes que le planteen, las que deben tener una respuesta adecuada.

Debe lograr que sus repuestas sean comprendidas, por lo que su lenguaje debe ser claro y las explicaciones, aunque deben estar fundamentadas científicamente, tienen que estar despojadas de palabras técnicas y utilizar ejemplos y expresiones, que sin caer en la vulgaridad, sean adecuadas y asequibles al nivel cultural de las personas a las que se dirigen.

El médico, al visitar los hogares, independientemente de la familiaridad con que se le reciba y trate, debe en sus expresiones y conducta personal comportarse con gran respeto hacia la familia y cada uno de sus miembros. El grado de confianza en él depositado, no debe ser defraudado por acción alguna que hiera el pudor o la sensibilidad de la familia, o sea, contraria a la moral y principios de nuestra sociedad.

Las observaciones que realice y las consultas o confidencias que se le hagan serán objeto de estricta reserva, y se utilizarán sólo para alcanzar el propósito de promover una mejor salud, tanto colectiva como de las personas que conforman la comunidad.

Especial atención y cuidado debe prestarse al desarrollo de los niños desde su más temprana edad, a los problemas de los adolescentes y de las personas ancianas, grupos todos que tienen particularidades biológicas y sociales que los hacen especialmente vulnerables.

El interrogatorio y el examen físico, tanto en el hogar como en la consulta, se harán siempre de forma meticulosa e impecable técnicamente, en condiciones de privacidad adecuadas, se debe respetar al pudor y sin lesionar la sensibilidad del paciente.

Siempre que el paciente deba realizarse un procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico, en el policlínico o en el hospital, se procederá de la siguiente manera:

1. Hacer la coordinación con el médico u otro profesional o técnico responsabilizado con la realización del procedimiento, se fijará día y hora en que éste debe hacerse.
2. Explicar cuidadosamente al paciente la necesidad del procedimiento y si éste es el caso, las reacciones biológicas o riesgos que el mismo implica. Responder, como se señaló anteriormente, todas las preguntas que se formulen.
3. Siempre que se considere necesario y sea posible, estar al lado del paciente en el momento de realizarse el procedimiento y tratar de inculcarle tranquilidad y confianza. Si se trata de una interconsulta, se obtendrá del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico ulterior.

4. Explicar al paciente, de forma comprensible, los resultados obtenidos y el significado diagnóstico, pronóstico y terapéutico de los mismos. Cuando se dude si los resultados, total o parcialmente, deben o no ser de conocimiento del paciente, se seleccionará un familiar para ofrecerle la información completa, y se responderá, en la medida de las posibilidades, todas las interrogantes que al respecto se planteen.

Todo paciente asistido en el hogar o en la consulta, que se piense deba ser seguido médicamente, se visitará o citará a la consulta cuantas veces se considere conveniente, sin esperar por su llamada. Si es necesario deben hacerse las coordinaciones pertinentes que posibiliten una interconsulta o remisión justamente en el momento oportuno.

Cuando una de las personas que corresponda atender, ingrese en el hospital, se visitará con frecuencia y coordinadamente con el médico de asistencia, y se precisará lo que se le puede y debe explicar del diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento. Se tendrá conocimiento de toda la historia hospitalaria para que con posterioridad al alta se pueda seguir adecuadamente al paciente en la consulta.

Los pacientes con enfermedades malignas, incurables o pacientes en estadio terminal deben visitarse con frecuencia, tanto en el hospital como en el hogar, y a ellos y sus familiares apoyarles en todo lo que sea posible.

Por ningún motivo o circunstancia se dejará de escuchar, atender o examinar médicamente a aquél que lo solicite. Si se trata de un paciente que no está comprendido en las familias asignadas, se atenderá con la misma solicitud y calidad que si le correspondiera, y posteriormente se le informará dónde debe ser regularmente atendido.

Si es paciente con una urgencia médica o quirúrgica, para cuya atención no se cuenta con los recursos necesarios, se acompañará al enfermo al centro asistencial más cercano donde pueda ser atendido adecuadamente.

Todo certificado de salud, dieta u otra documentación que se firme y pueda ser utilizado para eximir del cumplimiento de una obligación, tiene que estar sustentado sobre un criterio estrictamente médico, sin que medie ningún elemento basado en nexos familiares, de amistad o de cualquier otro tipo, ajenos a la profesión médica.

Al ofrecer información a los organismos del gobierno o de masas sobre el estado de salud de la población que se atiende, no divulgará aspectos que sean parte de la vida privada de los pacientes o de personas con ellos relacionados.

Cuidará su aspecto personal, tanto en lo físico como en el vestir, y evitará todo tipo de extravagancias.

Debe convenir en la necesidad del estudio diario, de manera que se mantenga actualizado permanentemente.

Se esforzará porque su trabajo tenga una alta calidad técnica y sea a la vez realizado con sencillez, afabilidad y dedicación, lo que le podrá hacer ganar el afecto y reconocimiento de la población que atiende.

Objetivos del Programa de Atención Integral a la Familia

General

- Mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y al ambiente, mediante una íntima vinculación con las masas.

Específicos

- Promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higienicosanitarias de la población.
- Prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población.
- Garantizar el diagnóstico temprano y la atención médica integral, ambulatoria y hospitalaria, oportuna y continua a la comunidad.
- Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población incapacitada física o psíquicamente.
- Alcanzar cambios positivos en el saneamiento ambiental de su radio de acción, así como de las condiciones higiénicas en que viven las familias bajo su control.
- Lograr cambios positivos en la integración social de la familia y la comunidad.
- Lograr la formación de un especialista de Medicina General Integral de alta calidad científica y ética con disposición de servir a la humanidad donde sea necesario, acorde con la tradición internacionalista del pueblo cubano.
- Desarrollar investigaciones que respondan a las necesidades de salud de la población.

Funciones del Especialista en Medicina General Integral

Para poder cumplir estos objetivos, el médico familiar cubano realiza actividades de promoción de la salud, de prevención y control de enfermedades, y otros daños a la salud, de atención médica, de rehabilitación, del control ambiental, de lo social, de docencia y de investigaciones discretas en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Cabe destacar la incorporación de la comunidad con formas participativas como los círculos de niños, de adolescentes, de ancianos, de embarazadas, los encuentros deportivos, culturales y actividades de recreación.

El Ministerio de Salud Pública se propuso incrementar el poder resolutivo de las unidades de atención primaria frente a la urgencia y emergencia médica, por lo que en el año 1996, se creó el Subsistema de Atención a la Urgencia en Atención Primaria de Salud, para ello se seleccionó el Policlínico Principal de Urgencia (PPU); 1 o excepcionalmente 2 por el nivel de complejidad del municipio. El objetivo de este sistema es la atención, inmediata, próxima y regionalizada, de tipo escalonado, integrado con otros niveles de atención en dependencia de las necesidades del paciente, e incluye procedimientos que de no realizarse con la rapidez y calidad necesaria, influyen en el pronóstico y pueden comprometer la vida del propio paciente. Este subsistema está integrado a los factores sociales de la comunidad.

Fases de la Medicina General Integral en Cuba

En nuestro país se ha transitado por 3 fases: política, administrativa y académica.

Fase política

La nueva concepción del trabajo se desarrolló utilizando formas adaptadas de modelos anteriores por no contarse con experiencias concretas, que permitieran delinear todos los aspectos correspondientes a su labor, a su formación como especialista de Medicina General Integral y a la nueva función que se asignaba al resto de las unidades del sistema.

Fase administrativa

Las experiencias y los cambios que el médico y la enfermera van introduciendo en el sistema, permiten trazar una forma más coherente y definida de trabajo y de formación de ese especialista, así como el papel que le corresponde al resto de las unidades del sistema en la nueva concepción, organizar los servicios con las características que tienen actualmente y extenderlos por todo el país.

Fase académica

Su objetivo principal es el perfeccionamiento de la calidad de la atención médica, mediante la trasmisión de conocimientos sobre medicina familiar en la formación de pregrado y posgrado.

Ejemplos elocuentes de su desarrollo son la existencia del Grupo Nacional de Medicina General Integral, los grupos provinciales y municipales, de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar con sus filiales provinciales y municipales, de la Revista Cubana de Medicina General Integral, de la Especialidad de II Grado y de la cada vez mayor cantidad de especialistas que pasan a la actividad docente como profesores y a las actividades de dirección en los distintos niveles y la obtención de grados de maestría en diferentes ramas.

Impacto social

La extensión de este modelo durante los años finales de la década de los años 80, contribuyó a rescatar la atención médica integral que había disminuido a principios de dicha década. El impacto social se puede resumir en:

1. El elevado grado de satisfacción de la población por los servicios que recibe, además de las magníficas relaciones médico-enfermera con la población atendida que los coloca en inmejorables condiciones para convertirse en educadores de la comunidad.
2. La significativa contribución en la reducción de:
 - a) Tasa de mortalidad infantil, la cual en el año 1999 registró, 6,4 fallecidos por

1 000 nacidos vivos.

b) Tasa de mortalidad materna (1999) 5,1 por 10 mil nacidos vivos.

c) Tasa de mortalidad en menores de 5 años (1999) 8,3 por mil nacidos vivos.

3. La dispensarización de la población atendida por los médicos de la familia es superior al 90 %.
4. La disminución de las consultas externas hospitalarias, así como las de cuerpo de guardia, se incrementaron las de los policlínicos y consultorios.
5. La continuación de la tendencia decreciente de los ingresos hospitalarios; que en 1990 era de 15 por 100 habitantes y actualmente es de 13 por 100 habitantes.
6. El descenso que muestra el registro de estancia hospitalaria.
7. La captación temprana de la embarazada por encima del 95 %, lo cual ha permitido aumentar la atención prenatal.
8. El parto institucional elevado al 99,9 %.
9. El nivel inmunitario superior al 95 % y el 98,5 % de los niños protegidos contra 12 enfermedades prevenibles por vacunas.
10. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles es superior en la población atendida por los médicos familiares, lo cual es expresión de un mejor conocimiento del estado de salud de su población.
11. El aumento del control de las enfermedades infecciosas, se redujeron enfermedades como la tuberculosis, la leptospirosis y nos mantenemos libre de cólera.
12. El incremento del número de mujeres examinadas y controladas para la detección precoz del cáncer cervicouterino, de mama, colorrectal, de pulmón y de piel.
13. La elevación del número de hombres examinados y controlados para la detección precoz del cáncer de próstata, colorrectal, de pulmón y de piel.
14. El descenso del índice de bajo peso al nacer en la población atendida por médicos de familia en relación con la población general.
15. El incremento de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes.
16. El crecimiento sostenido en la creación y funcionamiento de los círculos de abuelos, que sobrepasa la cifra de 11 139 con más de 200 000 miembros.
17. El incremento en la creación y funcionamiento de los círculos de adolescentes.
18. El incremento de la práctica sistemática de ejercicios físicos como elemento para promover la salud, así como de terapia y de rehabilitación de numerosas enfermedades.
19. La elevación progresiva del número de gimnasios fisioterapéuticos como eslabón superior de los servicios de fisioterapia de los policlínicos y de las áreas terapéuticas de cultura física, en muchos de los cuales, su responsable es el especialista de Medicina Familiar.
20. La aplicación y extensión de nuevas formas terapéuticas, tales como medicina verde, acupuntura, digitopuntura y otras.
21. Los positivos resultados en las acciones relacionadas con la planificación familiar y la educación sexual.
22. El incremento del ingreso en el hogar (92 178 en el primer semestre del año 1997), que ha descongestionado a los hospitales de los casos cuyos tratamientos no requieren de la atención de un segundo o tercer nivel de complejidad, así como la reducción de la estancia hospitalaria, mediante el rápido egreso.
23. La modificación positiva de los hábitos higiénicos de la población.
24. La expectativa de vida mayor de 76 años.
25. El cubano que llega a los 60 años, vive 20 años más y el que arriba a los 80 años vive 7 años más.

A modo de reflexión final es preciso destacar que se transita hacia un modelo de salud más democrático, en el cual se abre paso a la cooperación y responsabilidad compartida. Esto no significa que la Medicina General Integral cubana sea un modelo completo y acabado, concebirlo así es negarle sus características dinámicas y dialécticas y sus posibilidades de perfección. Con él se aspira a ver cada vez menos personas, familias y comunidades con problemas de salud; y más personas, familias, colectividades y comunidades sanas o por la salud, convencidos de que esta sanidad es una necesidad individual y comunitaria.

Bibliografía consultada

- ÁLVAREZ SINTES, R y G. DÍAZ ALONSO: "La Medicina Familiar en Cuba", Rev UDCA, Actualidad y Divulgación Científica, 3 (1) 2000.
- ÁLVAREZ SINTES, R.: *Medicina Familiar y Comunitaria. Recursos e Instrumentos*, Ed. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Santafé de Bogotá, 1999.
- CARDONA OSORIO, J.: "Una interpretación dialéctica de la experiencia del nuevo médico de familia en Cuba", Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 11 (2): 96-113, 1992.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Indicadores Básicos de Consulta para la Inspección Territorial*, La Habana, Ed. ECIMED/MINSAP, pp. 1-6, 1997.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1990-2000*, MINSAP, 1-19, 1992.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Historia Clínica Familiar. Programación, Consulta y Terreno*, La Habana, MINSAP, :pp. 1-17, 1988.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*, La Habana, Ed. ECIMED/MINSAP, : pp. 29-34, 1987.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, *Carpeta Metodológica 1999-2001*, La Habana, Ed. ECIMED/MINSAP, 1999.
- INSTITUTO DE DESARROLLO DE LA SALUD: *El Sistema Nacional de Salud en Cuba: Antecedentes, situación actual, perspectivas*, La Habana, Ed. ECIMED/ MINSAP, : pp. 9-11, 1977.
- MOYA, M.A., E. GARRIDO y J. RODRÍGUEZ: *Lineamientos Generales para el Ingreso en el Hogar*, Rev Cubana Med Gen Integral, (4):72-7, 1988.
- PIÑÓN VEGA, J, B. GUZMEL Y ESCALONA, E. VERGARA FABIÁN: El subsistema del médico y la enfermera de la familia, su desarrollo en Cuba (1984-1993). Rev Cubana Med Gen Integral, 10 (1): 61-9, 1994.
- ROJAS OCHOA, F.: "Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Republik Kuba (1959- 1973)", *Medezin und Gesellschaft*, band /6. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag.84-8, 1979.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: *Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia. El Policlínico y el Hospital*, La Habana, Ed. ECIMED/MINSAP, pp. 1-20, 1988.
- TEJEIRO FERNÁNDEZ, A. F.: *El sistema nacional de salud en Cuba*, en: Newell KW. ed. *La Salud por el Pueblo*, Geneva: OMS (WHO).: pp. 3-6, 1975.
- MINSAP: *Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar*, VII Reunión Metodológica del Minsap, La Habana, 2001.