

Medicina general

Medicina familiar

Experiencia internacional
y enfoque cubano

Medicina general Medicina familiar

**Experiencia internacional
y enfoque cubano**

Miguel Márquez Félix J. Sansó Soberats Patricia Alonso Galbán

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Sansó Soberats, Félix.

Medicina general - Medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano / Félix Sansó Sobertas, Miguel Márquez y Patricia Alonso Galbán. - La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011.

136 p.: il., gráf., tab.

-

-

WB 110

1. Medicina Familiar y Comunitaria,
2. Sistemas de Salud
3. Atención Primaria de Salud
4. Atención Integral de Salud
5. Cuba

- I. Márquez, Miguel. coaut.
- II. Alonso Galbán, Patricia coaut.

Edición: MCs. Tania Sánchez Ferrán

Diseño interior: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

Diseño de cubierta e ilustraciones: Tec. Yisleidy Real Llufrío

Fotografía: Héctor Sanabria Horta

© Félix J. Sansó Soberats, Miguel Márquez y Patricia Alonso Galbán, 2011

© Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN: 978-959-212-658-9

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, No. 202 entre N y O, edificio Soto, El Vedado

La Habana, CP- 10400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfono: 832 5338, 838 3375

[http: www.sld.cu/sitios/ecimed/](http://www.sld.cu/sitios/ecimed/)

Autores

Dr. Miguel Márquez

Especialista en anatomía patológica. Funcionario de carrera de la OPS-OMS (1971-1996). Profesor de Mérito de la Universidad de Cuenca, profesor invitado de la Universidad de La Habana, profesor de Mérito de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Orden “Carlos J. Finlay” del Consejo de Estado de la República de Cuba. Héroe de la Salud del Ecuador del Siglo xx. Premio de la Academia de Ciencias de Cuba.

Dr. Félix J. Sansó Soberats

Doctor en Medicina. Médico de Familia (1992-2006). Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar de Medicina General Integral de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar. Miembro y relator de la Comisión *ad-hoc* del Ministro de Salud Pública de Cuba para la Medicina Familiar (1995) y del Primer y Segundo Centros Nacionales de Debate sobre Medicina Familiar (1996 y 1997). Miembro del Grupo Nacional de Medicina General Integral del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1998-2006).

Dra. Patricia Alonso Galbán

Doctora en Medicina. Médico de Familia (2003-2006). Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Bioestadística. Dirige proyectos de investigación comunitarios y académicos relacionados con la práctica de la Medicina Familiar.

A todos los trabajadores por la salud comunitaria:
las *propias personas* por su capacidad de autocuidado
y de cuidar por sus familias y su comunidad;
los *líderes comunitarios* –formales e informales– por sus
potencialidades para identificar y enfrentar los problemas de
salud comunitarios a partir de que organizan, encauzan y
priorizan las inquietudes de sus vecinos;
los *organismos e instituciones locales,*
regionales o nacionales por su potencialidad para respaldar
las iniciativas comunitarias;
los *gobiernos*, por su capacidad real
de sensibilizarse, gestar o fortalecer programas para
la atención primaria de salud;
los *médicos y enfermeras de la familia*, por constituir
los asesores técnicos de la comunidad en materia de salud y
garantizar la atención médica, estomatológica o de enfermería a
las personas y las familias, con un enfoque integral.

Nuestro agradecimiento hacia quienes contribuyeron de alguna manera a la realización de este libro, a riesgo de alguna omisión involuntaria.

Las personas que aportaron al resultado final de esta obra mediante observaciones, garantizando el acceso a bibliografía útil u ofreciendo información valiosa para consolidar cada una de sus partes, o que apoyaron de diferentes maneras esta iniciativa son: Dra. Carmen Rosa Beiris Pineda, Elizabeth Blandariz Mirallez, Dr. Miguel Ángel Galindo Sardiñas, Dr. Amador García González-Elías, Lic. Ivette Hernández Justiz, DrCs. Odette Hernández Justiz, Aurora Ladrón de Guevara Bourza, Dra. Clara Elisa López Valdés, Dra. Tania Massip Nicot, Francisco R. Martínez Hinojosa, Lic. Regla Y. Martínez Fundora, Lic. María de los A. Montalvo Carrió, MCs. Rosa María Torres Vidal, MCs. Yolanda Martha Soberats López, MCs. Graciela Piedra Menéndez, Dra. Cristina Valvidia Onega y MCs. Pedro Luis Véliz Martínez.

También expresamos nuestro reconocimiento a DrCs. Eduardo J. Alemañy Pérez, MCs. Pedro López Puig, Lic. María Teresa Rojas García, DrCs. Francisco Rojas Ochoa y Dr. Héctor Terry Molinert quienes contribuyeron revisando los originales de la obra con profesionalidad, honorabilidad y rigor en sus críticas.

Prólogo

Medicina general-Medicina familiar: experiencia internacional y enfoque cubano es una obra que está dirigida a todos los trabajadores por la salud comunitaria, pero su distinción está enfocada hacia los médicos y enfermeras de la familia, por erigirse como los verdaderos guardianes de la salud de los individuos, la familia y la comunidad.

Este libro constituye un material muy valioso que ofrece información sobre la atención primaria de salud y la especialidad efectora de esta estrategia y de tan importante nivel de atención. Reseña, desde la perspectiva de los autores y en consonancia con los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud por renovar la atención primaria de salud en las Américas para el siglo XXI, una interesante respuesta a la pregunta de por qué se necesita renovar la APS ahora, más que nunca. Su análisis se dirige hacia uno de los aspectos que consideramos significativo para la renovación de las políticas de salud y la reorientación de los modelos de atención a la población: la estructuración de una red de atención primaria que sirva de base a los sistemas de salud pública y se expone la experiencia y características del enfoque cubano.

Tal como se describe en la introducción, las diferentes partes de la obra presentan los orígenes y el alcance de la medicina general-medicina familiar, con lo cual se contribuye al necesario análisis histórico; se caracteriza al Sistema Nacional de Salud de Cuba; se aborda el modelo de atención primaria desde la gestión y el desarrollo de los policlínicos y cómo estos dan paso a un modelo cualitativamente superior: el programa de medicina familiar cubano, y se brinda una descripción de las características y singularidades de este modelo, advirtiendo sobre su estructura, funcionamiento y recursos, detallando el tipo de actividad y alcance de las acciones sobre las que sustentan su formación y actuación el médico y la enfermera de la familia.

A lo largo del texto también se exponen las limitaciones, errores y rectificaciones necesarias del modelo de medicina general-medicina familiar, lo que se desarrolla con el valor de cumplir con la premisa del rigor científico en todo momento.

La introducción del modelo cubano de medicina familiar propicia un incremento notable de las acciones del sector salud en pro de la salud de toda la población con respecto a los anteriores. La atención médica o de enfermería se desarrolla de manera integral, personalizada, con un enfoque sociobiológico, tanto en la consulta de la comunidad como en el hogar de las personas, donde la aplicación del método clínico y epidemiológico son parte integrante de la actuación, y se favorece también el acompañamiento a los pacientes por el Equipo Básico de Salud a través de los diferentes niveles e instituciones del sistema. Los autores resaltan el proceso de dispensarización

y el análisis de la situación de salud con participación comunitaria, como elementos distintivos y esenciales de la práctica médica en la comunidad.

Este modelo de medicina familiar que aseguró una mayor accesibilidad de la población al sistema de salud y generó la necesidad de una nueva especialidad médica: la medicina general integral.

Hoy el nivel de atención primaria, como parte del sistema de salud, continúa su desarrollo siguiendo su carácter dialéctico. Se transforma sobre la base de su propia experiencia, en función de sus necesidades, para continuar dando la mejor respuesta posible a las necesidades de salud del pueblo cubano; se fortalece como escenario principal para la formación de un profesional aún más identificado con los principios de la estrategia global para proveer atención primaria de salud a las comunidades y la medicina familiar y como fuente importante para la investigación, consolidando los principios esenciales de su fundación.

El libro que hoy se pone a nuestra disposición representa un valioso material de consulta para los médicos de familia y para todos los profesionales que desde la salud pública aborden la atención primaria y la medicina familiar, tanto en el proceso de formación del pregrado como en las siguientes etapas de superación continuada.

Considero que este trabajo puede formar parte de una serie de publicaciones que registren y acompañen el desarrollo de una especialidad que ya acumula realizaciones concretas y que cada vez más demuestra su pertinencia en los tiempos actuales y fundamenta su continuidad.

Sirvan estas palabras también para agradecer a sus autores en nombre los médicos de familia y especialistas en medicina general integral que integran la Sociedad Cubana de Medicina Familiar por la notable contribución que representa el estudio presentado. De manera especial el reconocimiento a los profesores Patricia Alonso Galbán y Félix J. Sansó Soberats, quienes manifiestan su apego y compromiso con la medicina familiar cubana y al destacado profesor Miguel Márquez, hombre de vasta cultura y conocimientos científicos, a quien damos las gracias por sus aportes a la salud pública de Cuba y en especial por su respaldo al desarrollo de la atención primaria de salud.

Estoy seguro que al concluir su lectura muchos coincidirán con las opiniones que aquí he expresado. Los invito a estudiarlo con detenimiento.

Profesor Dr. C Eduardo Alemañy Pérez
Presidente de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar
Vicerrector primero de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Lista de siglas

A-Gripal	Vacuna antigripal
ANAP	Asociación Nacional de Agricultores Pequeños
AM-BC	Vacuna contra el meningococo b y c
ASIS	Análisis de la situación de salud
AT	Vacuna antitífoidica
APS	Atención primaria de salud
BCG	Vacuna antituberculosa
BMN	Biblioteca Médica Nacional
CDR	Comité de Defensa de la Revolución
CED	Programa Mundial de Control de las Enfermedades Diarreicas
CIMF	Confederación Iberoamericana de Médicos de Familia
CMF	Consultorio médico de la familia
CNICM	Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
DT	Vacuna contra difteria y tétanos
DPT	Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina
EBS	Equipo básico de salud
ECIMED	Revista de Ciencias Médicas
EDO	Enfermedades de declaración obligatoria
EE.UU.	Estados Unidos de América
ELAM	Escuela Latinoamericana de Medicina
FEPAFEM	Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina
FMC	Federación de Mujeres Cubanas
GBT	Grupo básico de trabajo
Hib	Vacuna contra el Haemophilus influenzae tipo b
HBV	Vacuna contra la hepatitis B
MEF	Médico y enfermera de familia
MF	Medicina familiar
MFyC	Medicina familiar y comunitaria
MG	Medicina general
MGI	Medicina general integral
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONDI	Organización Nacional de Dispensarios Infantiles
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPV	Vacuna oral contra la poliomielitis atenuada
PI	Policlínico integral
PIB	Producto interno bruto
PPU	Policlínico Principal de Urgencias

PRS	Vacuna contra parotiditis, rubéola y sarampión
PVVIH	Personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana
SCIT	Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica
SID	Sistema de Información Directa
SIUM	Subsistema Integrado de Urgencias Médicas
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPT-2000	“Salud para Todos en el año 2000”
UNAM	Universidad Autónoma de México
TT	Vacuna contra el tétanos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
WB	Western Blot
WONCA	Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Médicos Generales-Médicos de Familia

Contenido

Introducción

Visión Panorámica/ 1

Referencias bibliográficas/ 4

Capítulo 1

Contexto del modelo de la medicina general-medicina familiar al nivel internacional/ 5

Derecho universal a la salud/ 5

Interpretación y distorsiones del concepto original de atención primaria de salud/ 11

Ecos de Alma Atá en la región de las Américas/ 13

Referencias bibliográficas/ 15

Capítulo 2

Origen y alcance de la medicina general-medicina familiar a nivel mundial/ 17

Antecedentes/ 17

Atención primaria de salud y medicina familiar/ 20

Medicina general-medicina familiar en América Latina/ 26

Perspectivas/ 32

Perfil profesional del médico de la familia/ 33

Referencias bibliográficas/ 39

Capítulo 3

Sistema Nacional de Salud Cubano/ 41

Características del Sistema Nacional de Salud Cubano/ 42

Orientación profiláctica/ 46

Integridad y desarrollo planificado/ 53

Unidad de la ciencia, docencia y práctica médicas/ 54

Información científicotécnica/ 58

Internacionalismo/ 59

Participación comunitaria/ 60

Consejos Populares por la salud/ 62

Consideraciones finales/ 63

Referencias bibliográficas/ 64

Capítulo 4

Los modelos de atención del policlínico integral y del policlínico comunitario en Cuba/ 67

- Policlínico integral (1964)/ 67
- Policlínico comunitario (1974)/ 75
- Referencias bibliográficas/ 81

Capítulo 5

Modelo cubano de medicina familiar (1984-2002)/ 83

- Introducción/ 83
- Estructura y funcionamiento/ 87
 - Policlínico con médico y enfermera de familia/ 87
 - Servicios de urgencia en el nivel primario/ 90
 - Consultorio médico de la familia/ 92
 - Interrelación consultorio-policlínico-hospital/ 94
 - Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes/ 96
- Recursos y producción/ 97
- Trabajo del equipo básico de salud según sus funciones/ 99
 - Función de atención médica o asistencial/ 99
 - Actividad de consulta/ 100
 - Actividad de terreno/ 103
 - Ingreso en el hogar/ 104
 - Trabajo de enfermería/ 106
 - Evaluación del trabajo asistencial en el nivel primario/ 107
 - Función administrativa/ 107
 - Equipo básico de salud en la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida/ 110
 - Función docente-educativa/ 111
 - Programa académico de la residencia de Medicina General Integral/ 112
 - Sistema docente en el área de salud/ 113
 - Función de investigación/ 115
- Consideraciones finales/ 117
- Referencias bibliográficas/ 120

Anexos/ 125

Introducción

VISIÓN PANORÁMICA

(...) Ser miembro de cualquier comunidad humana significa adoptar una posición al propio (a su) pasado, aunque sea rechazado. El pasado es por lo tanto, una dimensión permanente de la conciencia humana, un componente obligado de las instituciones, valores y demás elementos constitutivos de la sociedad...¹

E. Hobsbawm

El estudio que presentamos *Medicina general-medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano* pretende aportar información de utilidad en consonancia con los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por renovar la atención primaria de salud en las Américas para el siglo XXI^{1,2} y aspira a responder desde nuestra perspectiva a la interrogante que planteó la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dra. Margaret Chang, en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008, al precisar: “¿Por qué no renovar la atención primaria de salud (APS), y por qué ahora más que nunca?”³

Su respuesta inmediata es que los estados miembros lo están pidiendo claramente y no solo a los profesionales de la salud, sino también y enfáticamente a los responsables políticos.

La población está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga su demanda y sus nuevas y crecientes necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no están acordes con sus expectativas. Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación, como también que la medicina general-medicina familiar en el contexto de la atención primaria de salud puede afrontar esos desafíos.

Los sistemas de salud en el mundo se encuentran en constante cambio en medio de un contexto con grandes iniquidades en todas las esferas –social, económica y política–; pudiera decirse que son inadecuados y no han tenido una visión previsoras sobre las consecuencias negativas que para ellos se derivan a partir de la imposición, en los últimos 20 años, de la globalización neoliberal y las leyes del mercado como única alternativa para lograr el desarrollo. Las políticas neoliberales relegan a un plano secundario al ser humano, sus aspiraciones, su bienestar y, sobre todo, desconocen la Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos, aprobada en 1948.

Después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), y de la aceptación de la meta “Salud para Todos en el año 2000”, el mundo retomó el camino para garantizar el derecho universal a la salud. Sin embargo, el crecimiento exponencial de la deuda externa, especialmente de los países en desarrollo, la pérdida del sentido estado-nación, las presiones externas ligadas a las exigencias de pago de la deuda, la reducción de la capacidad de acción de los gobiernos, el desenfrenado crecimiento de la privatización como doctrina política y el dejar jugar libremente a las leyes del mercado transnacional, ocasionó que, a 10 años de Alma Ata, muchos abandonaran los compromisos contraídos en la Conferencia, lo que se tradujo en el deterioro de los sistemas de salud y, por ende, de la salud de los pueblos, especialmente la de los grupos más vulnerables: madres, niños y adultos mayores.

Esta obra trata uno de los aspectos que consideramos significativos para la renovación de las políticas de salud y la reorientación de los modelos de atención a la población: la medicina general-medicina familiar y –a modo de ejemplo– expone la experiencia y características del enfoque cubano.

En el *capítulo 1* retomamos las ideas centrales que sirvieron de base para la histórica Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y el lanzamiento de la estrategia de “Salud para Todos en el año 2000”. Se complementa con la recapitulación de los puntos centrales que emanaron como sugerencias a los gobiernos miembros de la OMS para que elaboraran sus propios planes nacionales, fijaran sus metas a corto y mediano plazos e intentarían establecer lineamientos comunes con alcance continental y mundial.

Se registran los obstáculos que encontraron en el camino, sus causas internas y externas, a pesar de lo cual, en América Latina y el Caribe se lograron avances significativos como se precisa en el Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial preparado por la OMS en 1991.

En el *capítulo 2* consideramos necesario presentar los orígenes y el alcance de la medicina general-medicina familiar durante los siglos XIX y XX. Omitir este tipo de análisis histórico pudiera llevar a las futuras generaciones

a cometer algunos errores en el desarrollo de su trabajo y a olvidar o desconocer el pasado. Son muchas las vicisitudes que se han derivado de marginar la visión histórica de lo que pudiera considerarse hoy como “un aporte original”. Por esta razón, se rescata este enfoque con rigor científico, basado en una amplia revisión de la bibliografía mundial y los aportes de la Asociación Mundial de Colegios, Academias, Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia, que constituyen un sólido marco de referencia internacional en sus diferentes aspectos. No existe un futuro sin las bases del pasado: el presente es una etapa en unidad entre el pasado y el futuro.

El *capítulo 3* es fundamental para conocer el contexto en el cual se desarrollan los modelos cubanos de atención ambulatoria desde 1959; está dedicado a caracterizar al Sistema Nacional de Salud de Cuba; expone la evolución de la salud pública cubana a partir de 1959, sus orientaciones programáticas y la participación plena de la sociedad civil que reconoce que la salud es un derecho inalienable y una responsabilidad del Estado y del pueblo.

En el *capítulo 4*, con el antecedente presentado en el 3, se puede comprender mejor la gestación y desarrollo del modelo de atención del policlínico integral (1964) y cómo este da paso a uno cualitativamente superior, el policlínico comunitario (1974), y se muestran las razones por las que ambos modelos constituyen fundamentos sobre los que se basa el modelo cubano de medicina familiar (1984). Se señalan también sus limitaciones, errores y rectificaciones necesarias. Es decir, no se trata de un análisis apologético, sino hecho con la premisa del rigor científico en todo momento.

El *capítulo 5* se dedica a describir las características y singularidades del modelo cubano de medicina familiar en el periodo comprendido entre 1984 y 2002. Se ofrece información sobre su estructura y funcionamiento; sobre sus recursos y producción y se detalla el tipo de actividad y alcance de las acciones, según las cuatro funciones sobre la que sustentan su formación y actuación el médico y la enfermera de la familia cubanos: asistencia médica, docencia, administración e investigación.

La información se acompaña de recuadros, tablas y gráficos que facilitan la comprensión del texto y permiten apreciar mejor las virtudes de este modelo de atención integral a la salud del pueblo, cuyo desarrollo y fortaleza permiten a Cuba ayudar solidariamente a muchos países del mundo sin distinciones ideológicas, culturales, sociales o religiosas, respetando, ante todo, la autodeterminación y voluntad políticas de los pueblos y gobiernos.

Es nuestra aspiración que este libro responda en alguna medida a la convocatoria que la OMS realiza ante el mundo para que se socialicen las mejores evidencias que fundamentan la convicción de que “la atención primaria de salud es más necesaria que nunca”.

Referencias bibliográficas

1. Hobsbawm E. Sobre la historia. Barcelona: Edición Grijalbo Mondadori: crítica; 1998.
2. Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Publica. 2007 Feb/Mar;21(2-3) Washington.
3. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: PAHO; 2007.
4. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

Capítulo 1

CONTEXTO DEL MODELO DE LA MEDICINA GENERAL-MEDICINA FAMILIAR AL NIVEL INTERNACIONAL

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho fundamental.¹

Declaración de Alma Ata

Derecho universal a la salud

La historia de la salud pública mundial ha legado grandes lecciones para alcanzar mejores niveles de vida, salud y bienestar de acuerdo con los momentos históricos de la humanidad.

El derecho a la salud para todos los pueblos y naciones se recoge en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos humanos, de la histórica resolución A-RES-217a aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1948.² Sin embargo, la mayoría de los problemas de salud y bienestar de la población se acumularon en el tiempo y son derivados de la inactividad de muchos ante las cambiantes y adversas condiciones económicas, sociales, educacionales, alimenticias y ambientales. Se necesitaron 30 años para que la Organización Mundial de la Salud tratara de hacer algo concreto para resolverlos.³

En las décadas de los años 50 y 60 del siglo xx, el contexto mundial era muy contradictorio y estaba marcado por las consecuencias de la Guerra Fría, un orden internacional desigual, con graves expresiones de injusticia social para la mayor parte de los países del Tercer Mundo y para importantes sectores de población de los países industrializados. Estos hechos que se suscitaban en el orden económico internacional tenían trascendencia e implicaciones negativas sobre el estado de salud y el bienestar de los pueblos.

Recuadro 1.1. Declaración universal de los derechos humanos. Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especial. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Fuente: Naciones Unidas. Las Naciones Unidas y los Derechos humanos. 1945/1995. New York: Naciones Unidas; 1995.

Los sistemas de salud predominantes en el mundo estaban caracterizados por tener una orientación curativa, propia de la adopción de un concepto biologicista de la salud, con hospitalocentrismo. Al amparo de la llamada revolución científicotécnica de los años 60, los sistemas de salud se dotaron con innumerables técnicas diagnósticas y terapéuticas que no siempre estuvieron accesibles para toda la población, aun cuando sí eran del conocimiento público. Estos factores derivaron en un incremento de la demanda de esos recursos y en una medicalización de la vida con aumento imparable de los costos sin que ello representara más salud para las poblaciones.⁴

En cambio, las prioridades inmediatas para la OMS estaban dirigidas a establecer servicios de salud en las zonas destruidas por la guerra y luchar contra la difusión de las enfermedades infecciosas más mortíferas.⁵

Todo esto acontecía en medio de una crisis económica mundial y del capitalismo. Por poner solo un ejemplo, en América Latina persistió una inflación a partir de 1973 que en ningún año fue inferior al 40 %. Su deuda externa pasó de alrededor de 10 000 millones de dólares en 1965, a aproximadamente 100 000 millones en 1979.⁶ Al respecto Castells expresó:

(...) el fantasma de la crisis recorre el mundo. Fábricas cerradas, millones de parados, oleadas de violencia, días de penuria, discursos impotentes, ideologías de austeridad, prácticas de rebelión. Otras tantas imágenes de la vida cotidiana en 1974-1976 que algunos creyeron superadas, después de treinta años de expansión cíclica, pero continua en las sociedades capitalistas avanzadas. Imágenes que chocan y se interpelan. Imágenes y luchas. Las representaciones ideológicas basadas en el hábito del crecimiento se tambalean de repente. Los marcos de pensamiento que se habían impuesto imperceptiblemente, fallan.⁷

Entonces los destinos de la OMS estaban dominados por los países industrializados, que aun así no pudieron evitar que se hicieran evidentes las insólitas disparidades en materia de salud y entre los servicios sanitarios de los países. La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas realizada en Santiago de Chile en 1972 concluyó que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población y reclamó el desarrollo de políticas de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se conoció como la crisis de accesibilidad, principal signo de una crisis mayor, la de los sistemas de salud.

Los trabajos publicados en 1974 por Howard-Jones en la Crónica de la OMS,⁸ con los antecedentes científicos de las conferencias sanitarias internacionales y los publicados por Moll,⁹ en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana entre 1940 y 1945, aportaron documentos y generaron análisis y debates científicos en relación con este tema. Estas publicaciones también contribuyen hoy a comprender la significación posterior de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud celebrada en Alma Ata, en 1978, y la connotación de la estrategia de “Salud para Todos en el año 2000” (SPT-2000), derivada de esa conferencia.¹

En 1974, la Asamblea Anual de la OMS solicitó al Director General que explorase nuevas vías para actuar con eficacia y equidad. En respuesta a esta demanda, el Comité Ejecutivo y la 28va. Asamblea Mundial de la Salud (1975) solicitaron la celebración de una conferencia internacional sobre el tema. Dos años después, la Asamblea Mundial definió como principal objetivo social de los gobiernos y de la OMS en los decenios por venir y hasta el año 2000, el logro de un grado de salud tal que permitiera a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva.⁵

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud fue organizada en Alma Atá por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y adoptó decisiones que generaron estrategias tanto de alcance mundial como regional y para los diversos países. Con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales, se convocó a todas las naciones a desarrollar la estrategia de atención primaria de salud y a trabajar por cumplir los objetivos propuestos. Desde entonces, Alma Ata y APS son términos indisolubles (Fig. 1.1).¹⁰

Múltiples conferencias realizadas en los siglos XIX y XX cayeron rápidamente en el olvido y pasaron al acervo histórico pasivo de la humanidad. Sin embargo, este evento suscitó expectativas, incertidumbres y retos y se convirtió, indudablemente, en uno de los grandes movimientos de la salud pública del siglo XX. Al respecto John Reid expresó:

(...) las declaraciones mundiales pueden tener un carácter tan general que apenas sean aplicables en las regiones o países. A la inversa, pueden ser tan concretas que solo lo sean en muy pocos países o situaciones. La



Fig. 1.1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Centro de Convenciones “Lenin” del 6 al 12 de septiembre de 1978. Alma Ata, República de Kazajstán, URSS. Tomado de: http://www.paho.org/English/dd/pin/alma_photos

Conferencia de Alma Ata supo esquivar ambos peligros y formuló la Declaración de Alma Ata, un documento verdaderamente notable, en el que cada párrafo y cada frase merecen un estudio detenido (...) ¹¹

El primer capítulo de la Estrategia Mundial de “Salud para Todos en el año 2000” está dedicado a la evolución del sector salud en el decenio 1971-1980. En los subcapítulos siguientes se reseñan: la evolución del desarrollo socioeconómico mundial; un análisis de la mortalidad y la morbilidad; la evolución de la alimentación y la nutrición; la evolución de la extensión de la cobertura de los sistemas de salud; la evolución de la salud ambiental; el desarrollo de la ciencia y la tecnología; el desarrollo de los recursos humanos; la articulación intersectorial; los gastos y financiamiento del sector salud y la cooperación internacional. Lo relevante de este informe estriba en que analizó los problemas y tendencias mundiales en el sector de la salud y también en los sectores socioeconómicos afines, de manera que enfoca el asunto desde una perspectiva social y alerta sobre la deprimente situación de los países en desarrollo (Tabla 1.1). ⁶

Durante su discurso inaugural de la Conferencia de Alma Ata, el Director General de la OMS, Mahler, dirigió varias preguntas a gobernantes y ciudadanos del mundo, entre ellas:

¿Están ustedes dispuestos a enfrentarse seriamente con el abismo que separa a los “privilegiados” de los “desposeídos” en materia de salud y a adoptar medidas concretas para reducirlo?

¿Están ustedes dispuestos a velar por la planificación y la aplicación adecuadas de la atención primaria de salud en un esfuerzo coordinado con otros sectores interesados, a fin de fomentar la salud en tanto que contribución indispensable para mejorar la calidad de vida de cada individuo, familia y colectividad como parte del desarrollo socioeconómico general?¹²

Pudiera afirmarse que las acciones gubernamentales –en sentido general– fueron una respuesta negativa a estas dos preguntas. Aun cuando durante la década de 1980, la estrategia SPT-2000 y la APS tomaban forma y se

Tabla 1.1. Síntesis de los problemas y tendencias mundiales en el sector de la salud y en los sectores socioeconómicos afines, en el decenio 1971-1980

Supervivencia	<p>Cerca de 100 millones de personas están atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza, la malnutrición, la enfermedad y la desesperación que mina sus energías, reduce su capacidad de trabajo y limita sus posibilidades de planificar el futuro</p> <p>La expectativa de vida al nacer es de unos 72 años en los países desarrollados, 55 en los subdesarrollados y tan solo 50 años en África y Asia sudoriental</p> <p>En los países desarrollados, la tasa de mortalidad entre niños de 1 a 5 años, es de 1 por 1000, mientras que asciende a entre 20 y 30 por 1000 en los subdesarrollados</p>
Causas de defunción y enfermedad	<p>La mayoría de las defunciones registradas en los países subdesarrollados resultan de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En los países desarrollados, en cambio, la mitad de las defunciones, aproximadamente, son causadas por las enfermedades cardiovasculares, una quinta parte por el cáncer y una décima parte por accidentes</p>
Desnutrición	<p>En los países subdesarrollados, 800 millones de personas o más son afectadas por la desnutrición</p>
Alfabetismo	<p>La tasa de alfabetismo de adultos en los países desarrollados es de cerca del 100 % pero asciende tan solo al 28 % en los países subdesarrollados, donde apenas alcanza el 13 % entre mujeres; solo 4 de cada 10 niños pasan de los tres primeros años de enseñanza primaria</p>
Situación económica	<p>En los países desarrollados el PIB por habitante oscila entre US \$ 5 000 y 10 000, mientras en la mayoría de los países subdesarrollados está entre US \$ 200 y 1000. Se prevé que, en 1980, en la mayoría de los países subdesarrollados el PIB por habitante disminuirá hasta llegar a menos del 2 % a nivel mundial</p>

Fuente: De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para Todos si es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social; 2005.

expandían en los países como una utopía que valía la pena vivir y construir, el mundo se encaminaba a una nueva etapa de crisis profunda de desarrollo, que solo permitiría responder a lo inmediato y enfrentar los retos de la supervivencia.

La caída del ingreso y los salarios reales de los sectores populares y el aumento de la pobreza, la desocupación y la marginalidad fueron las peores expresiones de esa década. Esta crisis, extendida a los 90, entorpeció el avance mundial y afectó de modo particular a los países en desarrollo, así como la consecución de las metas de SPT-2000 y la aplicación universal de la estrategia de APS.^{3,13}

En el informe a la VII Cumbre de los Países No Alineados en el año 1982 el Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba, Dr. Fidel Castro Ruz, al analizar la crisis en los países subdesarrollados, puntualizaba que:

(...) el impacto ocurre, en efecto, y por cierto, de manera trágicamente magnificada. Ello se explica por incidir en un entorno económico-social donde crónicamente el número de desempleados y subempleados se estima en 400 y 500 millones de personas (de un tercio a la mitad de la mano laboral), donde el ingreso per cápita resulta entre 7 y 40 veces menor que en los países capitalistas desarrollados y donde la abismal pobreza –hambre física, albergue miserable, asistencia médica y atención educacional casi nulas– golpea a más de mil millones de seres (...).¹⁴

Para defender sus políticas estructurales y hacer frente a los pagos de una deuda externa injusta, muchos estados detuvieron o disminuyeron los procesos básicos que contribuían a garantizar la asistencia sanitaria esencial a sus poblaciones, incluyendo las inversiones sociales y el desarrollo humano. La visión macroeconómica mundial que adoptó el modelo de globalización neoliberal trajo consigo consecuencias negativas para los países en desarrollo y las grandes masas de población cada día más empobrecidas.³

La cooperación internacional, a su vez, reorientó su polarización hacia el cumplimiento del pago de las cuotas de la nefasta deuda externa. Ejemplo de esta situación es lo que aconteció en África, donde la transferencia neta del fondo bajó de más de US \$ 86 000 millones al año en el bienio 1977-1978, a menos de US \$ 4 900 millones en 1984-1985. En un gran número de países y aduciendo amenazas interiores o exteriores a la seguridad nacional, los presupuestos militares alcanzaron cifras hasta de 20 y 30 veces superiores a las asignaciones para la salud.¹¹

Con el fin de analizar la situación de la estrategia SPT-2000 diez años después, se elaboraron las Reflexiones a medio camino de Alma Ata al año 2000 en mayo de 1988, con los auspicios de la OMS y el UNICEF.¹¹ Las conclusiones

de esta reunión celebrada en Riga, República Latvia de la URSS se ratificaron en el Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial de la OMS:

Los países en desarrollo se vieron afectados por la recesión mundial de 1980-1983 en una medida casi sin precedentes, con el empeoramiento del comercio y la acumulación de una deuda intolerable. Los desequilibrios resultantes llevaron a la necesidad de un importante ajuste económico en muchos países. Por desgracia, la forma que adoptaron las políticas de ajuste a menudo contribuyó a empeorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables. Los ingresos por habitante disminuyeron en 17 de 23 países de América Latina y en 24 de 32 países de África. También se ha producido un deterioro generalizado de la situación sanitaria de las poblaciones vulnerables, inclusive de madres y niños.

Entre los principales mecanismos por los que las políticas de ajuste llevaron a empeorar las condiciones para los grupos más vulnerables figuran: la disminución de los puestos de trabajo para las familias de bajos ingresos; el encarecimiento de los artículos básicos, en especial los alimentos y la reducción del gasto público en servicios básicos como la salud, la educación y el saneamiento.¹⁵

Interpretación y distorsiones del concepto original de atención primaria de salud

En 2003, año en el que se conmemoraron los 25 años de la Conferencia de Alma Ata, se examinaron “interpretaciones erradas” y “múltiples distorsiones” relacionadas con la definición de atención primaria de salud. En un análisis realizado por Tejada de Rivero, coordinador general de aquel evento y subdirector general de la OMS de 1974 a 1985, se considera que los fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema fueron consecuencia de la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia.¹⁰

Sobre el término *atención*, destaca que este no fue el usado en la versión original del documento en inglés y que en su lugar aparece *cuidado* (*care*) con una connotación mucho más amplia, integral e intersectorial que aquella; además de denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas. Señala que en cambio, la atención nunca es participativa en su sentido social y es un término que deviene fácilmente no solo en una cuestión sectorial, sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. Lamentablemente, aún hoy no se comprende a cabalidad la responsabilidad y el deber de todos de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva.¹⁰

Además, percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto de APS entendieron el término *primario* como referente

a lo “primitivo, poco civilizado”, cuando en realidad el espíritu de Alma Ata se refería a “lo principal o primero en orden o grado”. Estas percepciones equivocadas hicieron pensar a algunos que la APS estaba circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres. En otra parte la Declaración señala que la APS “forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global”, en este caso se refiere a su sentido multisectorial –dentro de cada país– y no precisamente mundial. El documento expresa también que (la APS) es “la función central y el núcleo principal” de “todo” el sistema, por lo que deja claramente expuesto que no puede considerársele nunca una parte aislada de este.¹⁰

En relación con el término *salud* aún no se comprendió que es una realidad social que no puede ser separada con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos, razones por las que no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado; para ello se requiere de la toma de decisiones políticas no solo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores. La parte referida al año 2000 en la aspiración de alcanzar Salud para Todos, debió entenderse como que –para esa fecha–, todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.¹⁰

De los principios establecidos en la Declaración de Alma Ata se traduce que la APS es una convocatoria global a la práctica de la intersectorialidad para garantizar el derecho universal a la salud, a partir de asegurar asistencia sanitaria esencial a las poblaciones y con ello, el mejoramiento de los perfiles nacionales de bienestar.

Estos perfiles se definen en el documento en términos de “accesibilidad de toda la población a servicios de salud, educación, ambiente, vivienda y recreación”. Complementa estas categorías con “niveles adecuados de ingreso familiar, disponibilidad y de alimentos, empleo de una estructura de producción y consumo orientado a la satisfacción de las necesidades básicas y esfuerzos adecuados de organización y participación de la comunidad.”⁶

Alma Ata evidenció que para proveer salud a las personas no basta con garantizarles sistemas de salud eficientes. Los médicos y el personal de salud podrán contribuir significativamente al mejoramiento de la salud humana en la medida que tengan lugar otras intervenciones para mejorar las condiciones sanitarias al nivel poblacional. Es obvio que el alcance de estos propósitos requiere de la acción firme, consciente y comprometida de los políticos y los pueblos del mundo.

Como en la práctica la *atención primaria* significó diferentes cosas para diferentes personas, ello condujo a tradiciones y prácticas diversas, no todas coincidentes. No obstante, la definición de principios de Alma Ata marcó el inicio de un cambio de paradigma en el ejercicio de la salud pública en

América Latina; sin embargo, este no fue pleno y sufrió los reveses propios de un proceso complejo que no mantuvo la continuidad y la coherencia de la acción, a pesar de sus loables propósitos, la claridad de sus metas y de los llamados permanentes y recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales para garantizarlas.¹⁶

Ecos de Alma Ata en la región de las Américas

El Octavo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial de la OMS reconoce que durante la década de los 90 del siglo xx se apreciaron avances en América Latina y el Caribe, en cuanto a la aplicación y ejecución de la Estrategia SPT-2000 y APS. Se puede afirmar que los ecos de Alma Ata significaron para la región de las Américas un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la cobertura, aun cuando persisten diferencias y desigualdades entre las naciones e incluso entre los diversos grupos de población en un mismo país.¹⁵⁻¹⁷

A punto de partida de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000, la OPS elaboró los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las Américas dirigidos a combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los mecanismos necesarios para alcanzar esos objetivos y metas en 2015 se complementan y se refuerzan mutuamente con la estrategia de APS. Durante la primera década del presente siglo, esta organización ha convocado a reuniones y acuerdos internacionales para resaltar la necesidad de reorientar los sistemas y servicios ante los requerimientos planteados por el nuevo contexto regional.¹⁷ En septiembre de 2005, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Declaración de Montevideo mediante la cual todos los gobiernos de las Américas se comprometen a renovar la APS y a convertirla en la base de los sistemas de salud de la Región.¹⁸

La Dra. Mirta Roses Periago asegura que la recuperación de la visibilidad que la APS tiene en todo el mundo se debe a que “las instituciones gubernamentales, las entidades públicas y privadas, las organizaciones de cooperación internacional y del ámbito académico, entre otras, reconocen que el fortalecimiento de los sistemas sanitarios es un requisito imprescindible para asegurar el crecimiento económico, avanzar en materia de equidad social y mejorar la salud”.¹⁷

Entre los países de la región se destaca Cuba como uno de los ejemplos en las garantías al derecho universal a la salud de sus ciudadanos y en el cumplimiento de las metas SPT-2000. Cuba alcanzó estas metas en una fecha tan temprana como 1983, a solo 5 años de haber sido convocado el mundo

a desarrollar esta estrategia. Se trata de un país que se ha sobrepuesto a las dificultades económicas derivadas del bloqueo económico que el gobierno de los EE.UU. le ha impuesto durante más de cuatro décadas y que ha demostrado que con una voluntad política –en función de resolver las necesidades de la población– y con una activa y consciente participación comunitaria se puede alcanzar cualquier objetivo.

Con respecto a Cuba, el Octavo Informe registró los hechos siguientes:¹⁵

En América Latina y el Caribe, Cuba y en un menor grado, Bahamas, Costa Rica, México y Venezuela disponían de estrategias a mediano y largo plazos, en concordancia con la situación económica en su conjunto y como producto de consenso político.

Canadá y Cuba fueron los países que más desarrollaron la organización de los servicios de salud con base en la estrategia de atención primaria, utilizando esquemas diferentes para cubrir a toda la población. Canadá, con la Ley de Seguro Médico Federal y Provincial, y Cuba, con un Sistema Único de Salud, financiado por el Estado. Estos países también cuentan con procedimientos para la vigilancia y análisis sistemáticos en las repercusiones que tienen para la salud los proyectos de desarrollo.

En Cuba, la participación se desarrolla a través de las organizaciones populares a niveles local, municipal, provincial y nacional.

Para 1988, Cuba y Canadá fueron los únicos países que definieron y aplicaron un plan de formación de recursos humanos de salud en concordancia con la estrategia de APS, lo que explica los aportes que realizaron en la generación de empleos, ascendentes, en ambos casos, al 8 % de la población económicamente activa.

En ciencia y tecnología, Cuba constituyó una excepción en el área, pues sus asignaciones a investigación y desarrollo superaban el 1 % del PIB y desarrollaba una visión propia en políticas científicas, con un importante énfasis en biotecnologías, producción de vacunas, equipo médico, medicamentos y estudios clínicos epidemiológicos.

Cuba, Canadá, México y EE.UU. desarrollaron planes básicos de movilización y uso de recursos naturales y financieros en apoyo a SPT-2000 y APS.

El derecho universal a la salud se encuentra entre las máximas aspiraciones de la humanidad. Existen las disposiciones legales y se ha definido un camino para garantizar este derecho a todos los ciudadanos del mundo. Hay una gran diferencia “entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos –multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado–, y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo

costo y, por eso, de segunda o tercera clases para los estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas".¹⁰ Queda mucho por hacer en este campo y para ello nada mejor que estudiar las experiencias que han contribuido en este empeño, que aportan evidencia sobre su pertinencia y que derivan necesariamente en el fomento de una voluntad política mucho más comprometida con esta causa común.

Cuba se encuentra entre las naciones que tiene progresos sostenidos en materia de salud pública y defiende con hechos el respeto a la salud como derecho universal. La manera como esta nación ha logrado mejorar el estado de salud de su población constituye una experiencia que vale la pena compartir.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales. Ginebra: OMS; 1979.
2. Naciones Unidas. Las Naciones Unidas y los Derechos humanos. 1945/1995. New York: Naciones Unidas; 1995.
3. De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para Todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social; 2005.
4. Salcedo JA, Fernández ML. Definición y características de la Atención Primaria de Salud. En: Salcedo JA, Fernández ML, Villanueva L, Sánchez M. (consejo editor) Situación Actual y Futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 1993. p. 11-25.
5. Mahler, H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. Ciudad: Foro Mundial de la Salud. 1981;2(1).
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
7. Castells M. La crisis económica mundial y el capitalismo americano. Barcelona: Editorial Leia; 1977.
8. Howard-Jones N. Antecedentes científicos de las conferencias sanitarias internacionales. 1851-1938. Crónica de la OMS. 1974;28: p. 175-88, 256-75, 409-25, 458-71, 499-515, 543-57.
9. Moll A. The Pan American Sanitary Bureau: its origin, development and achievement. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1940;12:p. 1219-24; 1941;1: p. 41-6; 1941;4: p.375-80; 1942;2: p.139-44; 1942;8: p.774-9; 1942;11: p.1101-4; 1943;3: p.231-4; 1943;5: p.417-22; 1943;7: p.619-25; 1943;8: p.691-4;1945;8: p.713-6.
10. Tejada de Rivero DA. Alma-Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. [serie en Internet]. 2003 [citado 2009 Nov 14]; 8 (1). Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm
11. Organización Mundial de la Salud. De Alma Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991.

12. Mahler H. Discurso ante la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata. 6 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
13. Iglesias E. Reflexiones sobre el desarrollo económico. Hacia un nuevo consenso latinoamericano. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1992.
14. Castro F. La crisis económica y social del mundo. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado; 1983.
15. OMS. Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial. Ginebra: OMS; 1991.
16. Eslava JC. Las lecciones de la pasada atención primaria en salud. Rev Salud Púb. 2009 Ene/Feb;11(1) Bogotá.
17. Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Pub. 2007 Feb /Mar;21(2-3) Washington.
18. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pub. 2007 Feb /Mar;21(2-3) Washington.

ORIGEN Y ALCANCE DE LA MEDICINA GENERAL-MEDICINA FAMILIAR A NIVEL MUNDIAL

La experiencia va dejando cada vez más claro que más médicos y más hospitales no significa más salud y que más complejidad no es igual a calidad.¹

Julio Ceitlin

Antecedentes

Los historiadores de la evolución de la práctica médica en el mundo reconocen que el punto de partida de lo que luego se conoció como medicina familiar (MF) data de principios del siglo XIX y procede de una rama más antigua de la medicina: la medicina general (MG). Los escasos médicos formados en las universidades de aquella época servían a los aristócratas o acaudalados y las necesidades de la población eran atendidas por los boticarios y barberos.^{2,3}

Los grandes cambios que se produjeron en la dinámica económica e industrial en Inglaterra posibilitaron la concientización de su clase obrera, que luchó por varias conquistas entre las cuales estuvo la atención a la salud del pueblo. Ni el gobierno inglés ni la burguesía estaban preparados para responder a esas exigencias, entre otras razones, por la selectividad en la formación de los médicos y la orientación de la práctica hacia las dos grandes especialidades: cirugía y clínica. Esta contradicción y el avance en la organización y capacidad de reivindicación obrera llevarían al Parlamento Británico a emitir una resolución en 1815 que permitió a los boticarios diagnosticar y tratar enfermedades, hecho que se considera el origen de la MG.²

Para obtener el título de médico general y el derecho a ejercer la medicina, la obstetricia y la cirugía, los boticarios debían cumplir ciertos requerimientos educativos. Gómez Gazcón destaca que este nuevo tipo de médico atendía a toda la familia, “se ganaba su confianza y desbordaba el campo estrictamente médico, para convertirse en un consejero en los diversos pro-

blemas que surgían en el seno del grupo familiar. Cada familia tenía su médico, en general siempre el mismo, lo que permitía la continuidad de la atención”.² El prestigio que alcanzó la MG en el Reino Unido llevó a la fundación de la primera asociación nacional de médicos generales en 1844 y a la extensión del modelo a Las Américas, particularmente a los EE.UU.^{2,3}

El médico general del siglo XIX era capaz de abarcar todo el conocimiento médico existente y cumplía con todas las funciones que se atribuyen al médico de familia actual: conocedor de su comunidad, consejero, líder, estudioso constante, epidemiólogo práctico e investigador.^{2,3}

A principios del siglo XX la gran mayoría de los profesionales de la medicina eran de este tipo. En ese momento emergen especialidades mayores como la cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría, que tenían como requisito de entrada un entrenamiento de posgrado; los médicos generales que quedaban fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional y como se asumía que cualquier graduado médico podía practicar la medicina general, esta no era considerada una disciplina clínica.^{2,3}

A comienzos del siglo XX se elaboró el Informe Flexner sobre la Educación Médica en EE.UU. y Canadá.⁴ Este informe describía grandes deficiencias en los sistemas de aprendizaje de las facultades de medicina. Como consecuencia de ello adquirieron auge los hospitales universitarios y se pro-

Recuadro 2.1. Principios de la medicina familiar

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial
2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad
3. El médico de familia ve cada contacto como una oportunidad para la prevención y educación para la salud
4. El médico de familia ve a las personas que atiende como una población en riesgo.
5. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud
6. El médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes, lo que le da un conocimiento de primera mano de sus condiciones de vida y trabajo
7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas, así como en el consultorio y el hospital
8. El médico de familia agrega importancia a los factores subjetivos de la medicina
9. El médico de familia es un gerente de los recursos

Fuente: McWhinney I. Orígenes de la Medicina Familiar. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C; 1997. p.15-23.

movió el desarrollo de las especialidades, en detrimento de la medicina general que fue desapareciendo del currículo.^{2,3}

Después de la segunda guerra mundial se produjo una explosión tecnológica e informativa y emergió el concepto de niveles de atención, el número de especialistas creció grandemente y las especialidades mayores se fragmentaron en subespecialidades. Esta tendencia se atribuye, en primer lugar, a la necesidad de contar con un especialista ante el progresivo desarrollo y la diversidad de las técnicas de diagnóstico y terapéuticas que el médico no puede dominar en su totalidad y, en segundo lugar, al incremento en la demanda de atención especializada sujeta a las leyes del libre mercado como resultado del crecimiento económico de la sociedad burguesa urbana. Los médicos se adentraban cada vez más a fondo en la ciencia, alejándose de la comprensión de la persona concreta.^{2,3} No obstante, países como Francia, Italia, Alemania, Países Bajos, Dinamarca, España y Portugal y también EE.UU. y Canadá mantuvieron la práctica de la medicina familiar.

Alrededor de los años 50, el decreciente número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el primer nivel de atención médica y en muchos países se crearon colegios y academias de medicina general, dedicados a su desarrollo académico. Estos factores catalizaron la consolidación de la medicina general a mediados del siglo xx.^{3,5}

Durante la Primera Conferencia Internacional de Colegios y Academias de Medicina General, auspiciada por el Colegio de Médicos Generales de Canadá, en Montreal, el representante de la OMS declaró que para esa organización “(...) el Médico General es el más importante de todos y su formación es la de mayor importancia hoy y para futuras generaciones”.² Sin embargo, existen países en los que la medicina general-medicina familiar está subdesarrollada o no se ha desarrollado. En la figura 2.1 se representan en color gris a los países que tienen organizaciones de MG o MF pertenecientes a la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Médicos Generales-Médicos de Familia (WONCA) y a la Confederación Iberoamericana de Médicos de Familia (CIMF). Puede apreciarse el considerable número de naciones representadas en estas organizaciones internacionales, aunque entre ellas existen importantes diferencias en cuanto a la cobertura de MG o MF que garantizan a sus respectivas poblaciones.

Estos términos –medicina general y medicina familiar– se emplean con frecuencia de manera equivalente en dependencia de la cultura, tradición y el propio desarrollo de la profesión médica en cada país. En varios de ellos el desarrollo trajo aparejado un cambio de nombre de la MG por el de MF, mientras que en otros se retuvo la vieja denominación para una nueva disciplina.

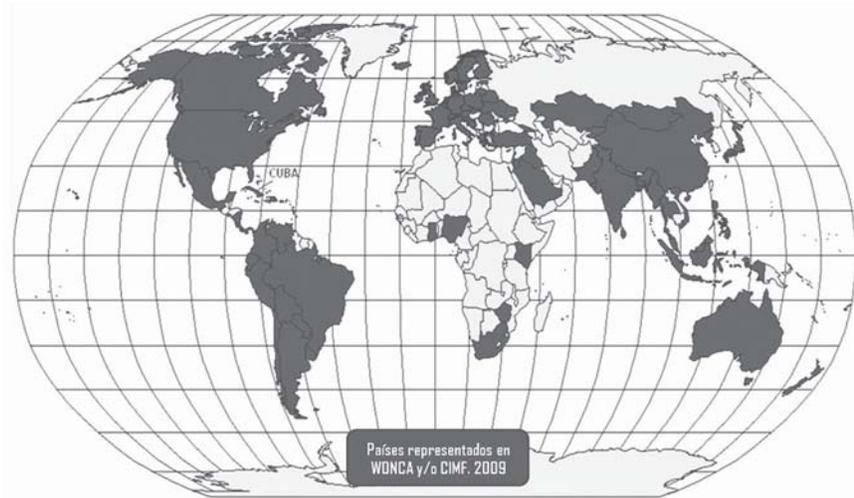


Fig. 2.1. Países que poseen medicina general o medicina familiar pertenecientes a la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales Médicos Generales-Médicos de Familia y a la Confederación Iberoamericana de Médicos de Familia. Elaborada por los autores a partir de: Globalfamilydoctor.com [Internet]. WONCA [citado 03 Oct 2009]. Disponible en: <http://www.globalfamilydoctor.com>; Cimfweb.org [Internet]. CIMF [citado 03 Oct 2009].

En algunas naciones la continuidad histórica de la MG ha estado garantizada por la imagen favorable que ha dejado entre la gente, situación que ha condicionado que se mantenga el término; en otras, MG significaba simplemente medicina de baja calidad. En estos últimos casos se ha advertido la tendencia a cambiar el nombre y el más comúnmente elegido es el de medicina familiar.^{3,4}

En España, la nueva especialidad lleva el nombre de medicina de familia y comunitaria; en Portugal, medicina general y de familia; en países de la Europa continental como es el caso de Francia, Italia y Alemania se reconoció originalmente como medicina general; mientras que en el Reino Unido e Irlanda, al médico que ejerce esta especialidad se le llama practicante general.^{3,4} En México, Chile, Cuba y Perú la denominación de medicina general integral coexiste con la de medicina familiar.⁶

Debe insistirse en que el médico de familia no es una mera reedición del clásico médico de cabecera, ya que suma a sus tradicionales elementos positivos otros más actuales que dan respuesta a las misiones y tareas de la moderna APS. Ambas especialidades, la MF y la APS no se desarrollan a partir de requerimientos tecnológicos, sino en respuesta a una necesidad social –de garantizar adecuados niveles de salud colectiva– y de mejora en la atención médica.⁷

Recuadro 2.2. Principales eventos o sucesos que han contribuido al desarrollo de la medicina general-medicina familiar en el mundo durante los siglos XIX y XX

Siglo XIX	1815	Título de Médico General a boticarios, previo cumplimiento de ciertos requerimientos educativos (Gran Bretaña)	
	1825	Modelo del Facultativo de la Semana (Cuba)	
	1844	Fundación de la Asociación Nacional de Médicos Generales (Gran Bretaña)	
	1870	Modelo de las Casas de Socorro (Cuba)	
Siglo XX (1900-1969)	1947	Fundación de la Academia Americana de práctica general (EE.UU.)	
	1952	Fundación del Real Colegio de Practicantes Generales (Reino Unido)	
	1954	Fundación del Colegio de Médicos de Familia de Canadá	
	1963	Primera Cátedra de Medicina General en el mundo. Universidad de Edimburgo, Reino Unido	
	1964	Primera Conferencia Internacional de Colegios, Academias y Equivalentes Académicos de Medicina General (Montreal, Canadá)	
	1964	Modelo cubano del Policlínico Integral	
	1966	Segunda Conferencia Mundial de Médicos Generales “El reconocimiento de la Medicina General”	
	1966	Programas educativos de posgrado en Medicina Familiar (Canadá)	
	1967	Fundación de la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar (EE.UU.)	
	1968	Tercera Conferencia Mundial de Médicos Generales “Los Médicos Generales y la Medicina General son irremplazables” (Nueva Delhi, India)	
	1969	La Medicina Familiar es aprobada como la vigésima especialidad médica en los EE.UU. y se crean programas educativos de posgrado	
	(1970-1979)	1970	Departamentos universitarios de medicina familiar con funciones docentes e investigativas en el pregrado y posgrado e integración con los servicios de salud (EE.UU. y Canadá)
		1970	Departamentos universitarios de medicina familiar con funciones docentes e investigativas en el pregrado y posgrado e integración con los servicios de salud (EE.UU. y Canadá)
		1970	Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales “La unidad familiar en la atención de salud” (Chicago, EE.UU.)
		1970	Se constituye la WONCA* (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales y Médicos de Familia)
		1970	Plan alternativo de pregrado para la formación de médicos generales en contacto con la comunidad (México)
		1971	Programa de Medicina General Integral (México)
		1972	Quinta Conferencia Mundial de Médicos Generales y Primera Conferencia de la WONCA (Melbourne, Australia)

Recuadro 2.2. Continuación

	1973	Programa de Medicina de Familia por el Colegio de Practicantes Generales de Australia
	1974	Modelo cubano del Policlínico Comunitario
	1975	Primer Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria en América Latina (Facultad de Medicina de la UNAM, México)
	1976	Programa de Medicina Familiar en Filipinas
	1978	Declaración de Alma Atá. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y lanzamiento de la estrategia de “Salud para Todos en el año 2000” (Alma Ata, URSS)
	1979	Programa de Medicina Familiar en Israel
(1980-1989)	1981	Fundación del CIMF (Centro Internacional para la Medicina Familiar en Iberoamérica) (Caracas, Venezuela) Década de 1980: Programas de formación en Medicina de Familia en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Uruguay
	1984	Modelo cubano del Médico y la Enfermera de Familia
	1986	Formación específica de posgrado para la práctica de la Medicina General (Comunidad Económica Europea)
	1987	Programa de Medicina Familiar en Singapur
	1988	Declaración de Edimburgo
(1990-2000)	1991	Declaración de WONCA: “El papel del médico general-de familia en los sistemas de atención de salud” Década de 1990: Inicio de programas de posgrado en Medicina Familiar en países de Europa del Este
	1993	Declaración de Edimburgo
	1994	Conferencia conjunta OMS-WONCA (Ontario, Canadá)
	1996	Declaración de Buenos Aires. Reunión regional “Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud”. (CIMF, Buenos Aires, Argentina) Década de 1990: Desarrollo del modelo cubano de Medicina General Integral y su proyección internacional hacia decenas de países de África, América, Europa y Asia
	1998	Fundación de la Escuela Latinoamericana de Medicina para la formación de miles de médicos de familia de varios continentes, en correspondencia con los principios de la APS (La Habana, Cuba)

*WONCA es un inusual acrónimo (en inglés) que comprime las primeras cinco iniciales de: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Gómez-Gascón T. La medicina familiar en el mundo. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997.p.101-108. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm. Ramos V. Medicina General/Medicina de Familia en Europa. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. ob.cit. p. 10-9-126.

Atención primaria de salud y medicina familiar

El reconocimiento más universal de que la APS sería la clave para alcanzar las metas de “Salud para Todos en el año 2000”, se alcanzó después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978.

Lo ocurrido allí fue una convocatoria a la sociedad para que se practicara efectivamente la intersectorialidad en el aseguramiento de la asistencia sanitaria esencial a la población y en la garantía del mejoramiento de los perfiles nacionales de bienestar. El propósito de la estrategia está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades sociales entre países y entre grupos humanos; razón por la cual no se dirige solamente a grupos vulnerables, sino que es válida y aplicable a toda la población y se considera como el punto de contacto con la comunidad. El desarrollo y la organización de la comunidad es una condición necesaria para su propio bienestar, incluyendo el componente salud, que implica un enfoque multifactorial en sus aspectos conceptuales y operacionales.⁸ El impacto de la estrategia parece mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso.⁹

En este sentido en el documento de Alma Ata se expresa que:

*Con respecto al sector salud, se la considera como la puerta de entrada al sistema de salud. La estrategia de Atención Primaria requiere que el sistema se organice, para garantizar la accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional, con equidad, oportunidad y eficiencia para lograr el impacto en salud deseado a toda la población. Esto determina la necesidad de reordenar el sistema por niveles de complejidad crecientes, y de desarrollar mecanismos de referencia así como su regionalización funcional.*⁸*

Si bien el carácter de la planificación de salud es estratégico y abarca a otros sectores que directa o indirectamente están relacionados con el sector salud, el de la planificación de los servicios de salud es más táctico, al estar limitados por la capacidad instalada de la cual es responsable el ministerio o secretaría de salud o la seguridad social de cada país. Ambas deben basarse en las necesidades sociales que requieren ser satisfechas y en las posibilidades reales de satisfacción. Comoquiera que siempre el volumen de las necesidades sobrepasa las posibilidades de su satisfacción, se requiere establecer prioridades para lograr invertir los recursos de la forma más racional posible, al propio tiempo que se trata de solucionar los problemas de salud más acuciantes.¹⁰

* La cursiva es del autor.

Los contenidos de la APS y la MG-MF están estrechamente relacionados. Sin embargo, la estrategia de APS incluye a la MF, ya que además de garantizar atención en salud a los individuos, la familia y la comunidad, comprende actividades de un espectro más amplio como la nutrición, educación para la salud, suministro de medicamentos esenciales, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades prevenibles, potabilización del agua de consumo humano, salud ambiental y control de enfermedades transmisibles. La práctica de la MG-MF contiene los aspectos puntualizados de la APS con una orientación biosicosocial preventiva, integrada, personalizada y continua.

La Medicina Familiar es la disciplina con base científica y un cuerpo de conocimientos científicamente sustentado, que sirve como fundamento a la especialidad que atiende los problemas relacionados con la salud, enfermedad y cuidados de la salud del individuo en el contexto familiar y comunitario; el médico de familia es quien practica esta especialidad y utiliza los principios de la Medicina Familiar.¹¹

El médico general-médico de familia es el profesional médico que asume la responsabilidad de la atención a la salud de una población determinada. No atiende solamente a enfermos; más bien se enfoca en la *situación de salud individual* considerando su *contexto familiar y comunitario* y la influencia que estos puedan tener sobre aquella con el fin de promover la participación activa de las personas en la solución de sus problemas de salud. Aunque se especializa en los que con mayor frecuencia se manifiestan en el nivel comunitario, enfrenta cualquier demanda de atención médica de las personas que atiende, las orienta sobre la conducta que deben seguir y las conduce a través del sistema de salud sin perder el vínculo con ellas, establece las coordinaciones necesarias con los otros centros o instituciones del nivel primario y con los niveles de atención secundario o terciario. Su herramienta básica de trabajo es la interacción permanente con las familias y la comunidad, favoreciendo la comunicación con otros sectores y con otros profesionales para desplegar un amplio programa de promoción de la salud, prevención de enfermedades o daños y fomento del bienestar ciudadano.

Al decir de Martín Zurro, la MF es un componente clave para el desarrollo de los objetivos y actividades propias de la APS, cuyos elementos conceptuales que la caracterizan son compartidos por la MF.⁶ La APS es entonces la estrategia global que cada país debe organizar en pos de garantizar asistencia sanitaria esencial a su población y en la cual deben insertarse todos los sectores sociales, incluyendo el sector salud con un sistema cuyos niveles estén bien articulados entre sí en función de esta estrategia.

La enseñanza de la medicina debe adecuarse a estas exigencias. Se impone la formación de un nuevo profesional de la salud convencido de la validez de estos elementos conceptuales; apasionado, responsable y comprometido con un desempeño comunitario a tono con los principios de la MF; al cual

las personas valoren y que se valore a sí mismo por su accesibilidad y potencialidades para constituir el primer contacto con el sistema de salud y el preceptor del paciente mientras requiera transitar por sus diferentes niveles, por su visión integradora de los problemas de salud a los que se enfrenta, con un enfoque familiar y por las garantías que ofrece de una atención médica preventiva, sistemática y continua a lo largo del tiempo.

La epidemiología comunitaria difiere con mucho de la hospitalaria. La visión de las enfermedades que ofrece el hospital está sesgada porque en él se atiende una selección de las más excepcionales y vitalmente graves. A ello se une que la atención allí es carente de continuidad y, por tanto, episódica.⁷

La revista internacional de desarrollo sanitario Foro Mundial de la Salud publicó en 1981 una mesa redonda titulada “La atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica”¹² que resumió el pensamiento del momento en relación con los procesos de la atención médica comunitaria y mostró una alta correspondencia con los postulados de la Declaración de Alma Ata.

Su autor, W.J. Stephen, analizó la relación entre gastos y salud, y advirtió sobre la tendencia creciente a privilegiar con recursos los hospitales y la manera en que estos absorben una proporción creciente de médicos jóvenes, en detrimento del nivel primario. Se expresó preocupación por el desconocimiento que existía en los hospitales sobre el trabajo en el nivel primario y que de no modificarse la formación de los médicos, así como la de quienes participaban de la enseñanza, seguiría predominando esta orientación. Stephen previno igualmente sobre la necesidad de una mejor organización, planificación y optimización de los recursos para un buen funcionamiento de la APS. Se analizó el dilema entre contar con la atención de un generalista o con la de un especialista en el nivel primario y la relación existente entre los generalistas y el hospital. Finalmente, el autor razonó sobre el tipo de registro de pacientes, los modos de retribución del médico, la calidad de la atención y necesidad de realizar la vigilancia, evaluación y el control de su trabajo.¹²

En este propio escenario, se debatió cuestiones referentes a la medicina familiar y al fomento de la atención primaria de salud. Joel L. Banam abogó por “conseguir que se reconozca a los programas de atención primaria médica y de salud el lugar que les corresponde en el presupuesto nacional”. Samir N. Banoub resaltó que hay que “preparar a los estudiantes principalmente para que puedan ejercer como médicos de la comunidad” y David Maddison enfatizó que “lo más importante es la selección del estudiante”. Rachit Buri propuso “hacer hincapié en la atención de salud y no en la atención médica”. Por su parte, Willy De Geyndt expuso que “el médico no es el único guardián de la salud de la población”, valoró el papel del ambiente y las actitudes en este proceso e insistió en la necesidad de “no descuidar la responsabilidad individual y la obligación moral de cada individuo de preservar y mantener su propia salud”.¹²

Medicina general-medicina familiar en América Latina

Con los antecedentes de las experiencias de Europa y el Norte de América, la MF se incorporó a los sistemas de salud o de seguridad social de América Latina en la década de 1960. A ello también contribuyeron los aportes de una investigación conducida por Juan César García y un colectivo de 23 educadores médicos sobre la educación médica en esta región entre los años 1968 y 1972.

Esta investigación enfatizó el valor de la medicina preventiva y social, de los programas de medicina integral, los extradocentes y los nacientes programas de MF que pretendían, mediante estudios teóricos y práctica en la comunidad, vincular al estudiante con la familia y la comunidad. El fin era despertar en el futuro médico la sensibilidad social indispensable que le permitiera estudiar al ser humano en su ambiente natural y social, así como comprender y resolver los problemas médicos de la familia y la comunidad.¹³

En la conformación de los programas de MF también tuvieron su impacto los seminarios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva, patrocinados por la Organización Panamericana de la Salud, en Viña del Mar (1955) y Tehuacán (1956).^{14,15} Estos seminarios se realizaron para impulsar la integración entre los estudios médicos, los servicios de salud y la realidad social de cada país.

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) realizó aportes significativos durante la década de 1970 que contribuyeron a la organización del programa continental sobre medicina comunitaria. El modelo propuesto por la FEPAFEM, publicado por Ceitlin en 1978, se aplicó en Guatemala, Brasil, Colombia, Venezuela, Bolivia, Jamaica y Panamá.¹⁶

A partir de entonces se produjo un nuevo movimiento universitario para impulsar la organización y puesta en marcha de programas de MF con el objetivo de considerarla una nueva especialidad médica. Este movimiento encontró oposición en otras especialidades médicas y en los propios organismos estatales responsables de los servicios de salud: ministerios de salud y departamentos de atención médica de la seguridad social, lo que determinó que su desarrollo fuera lento y desigual en la región.

En 1975 la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (UNAM), estableció el primer Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitario, en América Latina.¹⁷ Otros elementos sobre el avance en la formación académica de médicos de familia en América Latina pueden revisarse en la tabla 2.1.

Yepes Delgado destaca que entre las experiencias exitosas que se han identificado en Latinoamérica se encuentran: el Sistema de Salud Cubano; los proyectos Piaxtla, Programa de Salud Comunitario de la Sierra Madre Occidental, México; de Medicina Tradicional de Manabi, Quito, apoyado por el

Recuadro 2.3. Sociedades o asociaciones de medicina familiar en América Latina, 2009*

- Federación Argentina de Medicina Familiar y General
- Sociedad Boliviana de Medicina Familiar
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
- Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile
- Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
- Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica
- Sociedad Cubana de Medicina Familiar
- Sociedad Dominicana de Medicina Familiar
- Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar
- Colegio Mexicano de Medicina Familiar
- Sociedad Nicaragüense de Medicina Familiar
- Sociedad Panameña de Medicina Familiar
- Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar
- Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud
- Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico
- Sociedad Salvadoreña de Medicina Familiar
- Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar
- Sociedad Venezolana de Medicina Familiar

*Orden alfabético según países.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de Cimfweb.org [Internet].CIMF [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.cimfweb.org/site/det_topcat.asp?broiscms_topcatid=1&broiscms_catid=1

Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Medicina Paralela en la Provincia del Chaco, Argentina; Folklore Psiquiátrico, Perú; Educación del Plan Nacional de Salud Rural, Ministerio de Salud Pública de Quito y el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales; Promotores Rurales de Salud, Colombia década de los 70 hasta los 90 y la experiencia de desarrollo local participativo del Municipio de Versailles, en el Valle del Cauca. Entre las entidades destacadas menciona a la Asociación Brasileira de Tecnología Alternativa en Promoción de la Salud (TAPS), Sao Paulo, Brasil; Grupo Sofonías, San José, Costa Rica; Centro Andino de Tecnología Rural (CATER), Ecuador y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Uruguay. También expresa que “con algunas excepciones como Cuba, Costa Rica, México, Perú, Brasil, Ecuador, Bolivia y recientemente Venezuela, muchas de estas experiencias aún hoy son aisladas dentro de los contextos de las políticas de salud de los países, ya que las presiones de la agenda de las entidades multilaterales continúan condicionando sus sistemas de salud a la lógica de modelos de mercado”.¹⁸

En Cuba viene ocurriendo un desarrollo intrínseco del primer nivel de atención médica con acciones que responden a la estrategia de la APS, inclu-

so desde antes que se le denominara como tal por los organismos internacionales. Desde el año 1959 ha mejorado su sistema nacional de salud a la par del desarrollo de la infraestructura social, con la mejora sus índices de alfabetismo, escolaridad, nutrición, acceso al agua potable, etc. Desde entonces han existido en el país tres modelos de atención médica ambulatoria: el policlínico integral, el policlínico comunitario y el modelo cubano de medicina familiar. La sucesión entre ellos ha estado determinada por el desarrollo social de la nación, los cambios en el cuadro epidemiológico y las propias insatisfacciones derivadas de la práctica.

Al Sistema Nacional de Salud Cubano y a estos modelos de Medicina General-Medicina Familiar se dedican los capítulos 3, 4 y 5 de este texto.

Tabla 2.1. Origen y alcances de la medicina general integral-medicina familiar en América, España y Portugal

País	Fechas de inicio del programa	Secuencias de acciones en la formación
Argentina	1960-1969	Residencias de MF
	1970-1979	Programas de formación de atención primaria en Salta, Buenos Aires, San Luis y Neuquén
	1984	Residencia de MF (sector privado-CEMIC) dirigida por J. Ceitlin Aparece otra residencia vinculada a la iglesia Evangelista
	Finales de los 80	Residencias en MF en Hospital Francés, Hospital Italiano y hospital de la comunidad en Mar del Plata
	1984-1985	Asociaciones Argentina de Medicina Familiar y Argentina de Medicina General
	1990-1999	Residencias de MF. Nuevos servicios de la especialidad en instituciones privadas y Obra Social del Personal de la construcción que atiende a sus afiliados en Centros Médicos de Atención Primaria (CEMAP)
	2000	Federación Argentina de Medicina Familiar y General
Bolivia	1972	Decreto Ley 10173, artículo 39: se establece el Sistema del Médico Familiar dentro de la atención primaria del país
	1975	Se establece el Sistema Médico Familiar mediante el Decreto Ley 13214. El Policonsultorio de Miraflores de la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS) se constituye como centro piloto del Sistema Médico Familiar

País	Fechas de inicio del programa	Secuencias de acciones en la formación
	1976-1979	Formación de los primeros 171 médicos familiares en el Hospital Obrero de la CNSS
	1977	Sociedad Boliviana de Medicina Familiar
	1979	Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba: Seminario del médico General-Familiar
	1979	Se inicia la formación mediante el régimen de Residencia Médica
Brasil	1980	Seguro Social Brasileño
		Residencia en Medicina General Comunitaria
	1982	Sociedad Brasileña de Medicina Familiar
Canadá	1954	Colegio de Medicina General de Canadá* Universidades
	1960-1965	Departamentos Universitarios de MF (pre y posgrado)
	1966	Creación de Programas educativos de Posgrado en MF
Chile	1980-1985	Residencias en las Universidades: Valparaíso, Santiago de Chile, Concepción, de la Frontera y Católica de Chile
	1985	Sociedad Chilena de Medicina General Integral
Colombia	1984	Especialidad de MF en la Universidad del Valle, Cali
	1986	Constitución del Departamento de MF, Universidad del Valle, Cali
	1987	Fundación de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
	1996-2005	Especialidad en otras universidades del país
Costa Rica	1985	Especialidad de MF en la Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social
		Sociedad Costarricense de MF
Cuba	1991	Modelo cubano de medicina familiar con cobertura nacional
	1984	
	1987	Graduación de los primeros especialistas en Medicina General Integral
	1993	Cobertura del 90 % de la población con médicos de familia
	1994	Sociedad Cubana de MF
	1998	Se funda la Escuela Latinoamericana de Medicina (formación de un profesional médico orientado hacia la MF)
	2000	Cobertura del 99 % de la población con médicos de familia
Ecuador	1987	Hospital Vozandes de Quito, Universidad Católica de Cuenca, Quito
	1989	Sociedad Ecuatoriana de MF

Tabla 2.1. Continuación

País	Fechas de inicio del programa	Secuencias de acciones en la formación
El Salvador	1973	El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) crea, con la ayuda del Instituto Mexicano de Seguridad Social la primera residencia de MF
	1976	Se cierra la residencia de MF
	1980-1986	Nueva residencia de MF de 3 años de duración
	1997	Tercera residencia de MF en el Hospital Regional del ISSS
	2000 2002	Residencia de MF del Hospital José A. Saldaña Fundación de la Asociación de MF de El Salvador (AMAFAES)
España	1978	Especialización en Medicina General
	1979	Especialidad de MF y Comunitaria (Real Decreto 2015 de 1978)
	1984	Real Decreto 137-84 sobre Estructuras Básicas de Salud
EE.UU.	1986	Ley General de Sanidad
	1947	Academia Americana de Medicina General**
	1960-1965	Departamentos Universitarios de Medicina Familiar (pre y posgrado)
	1967	Fundación de la Sociedad de Profesores de MF
	1969	Se aprueba la MF como vigésima especialidad médica
	1969	Creación de Programas educativos de Posgrado en MF
México	1954	El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informa que durante ese año se implantaría un sistema denominado “médico de familia”
	1954	Surge la medicina familiar para otorgar servicios a la población derechohabiente del IMSS (modelo “médico de familia del IMSS”)
	1957	Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar
	1974	Universidad Autónoma de México
	1980	Modelo de Atención de MF se extiende al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores de Estado
	1984	52 centros para la formación del médico de familia para dar cobertura nacional
	1992	Red Nacional Computarizada
	1995	Colegio Mexicano de Medicina Familiar
	2000	Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar

País	Fechas de inicio del programa	Secuencias de acciones en la formación
Panamá	1972	Se constituyó la Sociedad Panameña de Medicina General
	1976	Se inicia la MF (Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social) Se inicia el programa de Residencia de MF (Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social)
	1979	Declaración de Punta Chame (compromiso del gobierno, la universidad, los estudiantes y los representantes de asociaciones médicas gremiales se para el desarrollo de la especialidad de MF)
	1981	Se crea la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de Panamá
	1985	Se crea la Asociación Panameña de Medicina Familiar
	1995	Se crea el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria
Paraguay	1987	Residencia de MF en el Hospital Bautista de Asunción (centro privado)
	1991	Fundación de la Sociedad Paraguaya de MF
Perú	2007	5 programas de residencia de MF
	1988	Especialidad de Medicina General Integral en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)
	1989-1991	Especialidad en otros centros universitarios del país
	2000	Fundación de la Sociedad Peruana de MF, Integral y Gestión en Salud
	2003	Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (UNMSM)
Portugal	1982	Sistema Nacional de Salud
	1983	Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General
Uruguay	1987	Se crea el cargo de médico de familia (Ley 15903)
	1987-1980	Se desarrollan cursos de capacitación en MF
	1989	Se crea la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar
	1996	Se incorpora la MF y comunitaria como especialidad en el programa nacional de residencias médicas
	1998	Se crea el departamento de Docencia en la Comunidad

Tabla 2.1. Continuación

País	Fechas de inicio del programa	Secuencias de acciones en la formación
Venezuela	2000	La Facultad de Medicina reconoce a la MF y comunitaria como especialidad
	1980	Programa de formación en el ejercicio clínico para médicos generales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, que trabajaban en el Ambulatorio de Caricuao (Caracas) Primera Unidad Docente Asistencial de MF en el Hospital General del Sur, con apoyo de la Universidad de Zulia
	1982	Se crea la Unidad Administrativa de Medicina Familiar (UNAMEF) en el IVSS Se crea la Residencia de Medicina Familiar en Caricuao Se funda la Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA)
	1984	La Federación Médica reconoce a la MF como especialidad

*Posteriormente denominado Colegio de Medicina Familiar de Canadá.

**A partir de 1971 denominada Academia Americana de Medicina Familiar (1971).

Perspectivas

Los antecedentes y orígenes de la MG-MF tienen una proyección mucho más amplia de lo que muchos piensan. La estrategia OMS “Salud para Todos en el año 2000”, en la cual se inserta la MG-MF ha conseguido avances significativos en determinados lugares, mientras que en otros ha progresado muy poco; pero aun así es incuestionable su valía.

El desarrollo alcanzado por la MG-MF en los últimos 50 años ha sido desigual en los países de América y Europa, con momentos de crecimiento sostenido, intercalados con otros, en que se perdió o disminuyó su motivación y generalización a niveles nacionales o continentales, por el deterioro de las condiciones económico-sociales y la emergencia de nuevos modelos de atención de salud basado en la economía neoliberal de mercado, privatización y reducción de las capacidades operativas del estado. En un contexto de resurgimiento de ideas neoliberales se puede afectar profundamente el desarrollo de las estrategias basadas en los principios de la APS.⁷

Ventajosamente, hoy esta situación se revierte de manera progresiva para redefinir los modelos de APS y MG-MF a escala mundial, como se expresa en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008,¹⁹ en que se plantea que la

APS es más necesaria que nunca para impulsar cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la APS, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos transversales para el desempeño de los sistemas de salud, los que se resumen en la tabla 2.2.

Con el fin de conocer los cambios en la práctica médica general, es necesario mirar desde una perspectiva histórica y tenerla presente cuando se trabaja para reconsiderar o aplicar modelos vigentes. En la tabla 2.1 se presentaron datos publicados referentes al origen y alcances de la MG-MF en algunos países de América y de la Península Ibérica.²⁰⁻³⁴

Tabla 2.2. Resumen de las cuatro reformas en salud planteadas por la OMS, 2008

Reforma en pro de la cobertura universal	Para que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de exclusión, dando prioridad al acceso universal y la protección social en salud
Reforma en prestación de servicios	Para que se reorganicen los servicios en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacer los más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el medio, y que propicien al mismo tiempo mejores resultados
Reforma de las políticas públicas	Para mejorar la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y APS, la aplicación de políticas saludables de todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública internacional
Reforma del liderazgo	Para sustituir la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado y el <i>laissez-faire</i> del Estado, por otro, el liderazgo integrador participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud

Fuente: OMS. Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial. Ginebra, OMS; 1991.

Perfil profesional del médico de la familia

A partir de la década de los años 70 del siglo xx se efectuaron diversas reuniones, congresos y estudios de nivel nacional en los que se debatieron los alcances del perfil profesional del MG-MF en forma independiente o tratando de encontrar un punto de convergencia de los planteamientos que sustentara con carácter universal la definición y determinación del perfil profesional. Como resultado de la intensa actividad desplegada sobre el tema en Europa y América, se llegó a dos recomendaciones fundamentales:

1. La primera consistió en aceptar que la visión global de los enfoques para la práctica de la medicina general o MF reconocen los mismos principios y que su campo de acción individual, familiar y social coincide en las distintas expresiones nacionales e internacionales.
2. La segunda se orientó al reconocimiento de las diferencias que puedan existir en el orden cultural, sociológico, económico, científicotécnico, educativo y político que hacen que los modelos de aplicación y desarrollo tengan sus diferencias y determinen los alcances que se aspira lograr con este nuevo modelo de la práctica de salud.

Por esa época se habían evaluado en Cuba las experiencias derivadas de la aplicación –durante 10 años– del modelo de atención primaria Policlínico integral y se iniciaba un nuevo modelo denominado Medicina en la comunidad (1974) liderado por el profesor Mario Escalona Reguera. Este salubrista cubano defiende la tesis de que, en el marco conceptual, la medicina en la comunidad no constituye una especialidad médica, sino una modalidad de realizar el ejercicio médico-estomatológico en la comunidad y para la comunidad; afirma que sus conceptos son aplicables para cualquier nivel de cualquier sistema nacional de salud, por lo que no deben reducirse al entorno del nivel primario de atención médica ni son aplicables exclusivamente en este nivel.³⁵

Pocos años antes de Alma Atá y sin hablar aún de potenciar la MG-MF, Escalona y colaboradores definen que los componentes de este modelo son: la *atención integral, regionalizada, continuada, sectorizada, dispensarizada* y el *trabajo en equipo*.³⁵

Integral. Es la atención médica que considera la unidad de los aspectos preventivo, curativo, patológico, psicológico y social, así como las condiciones del medio ambiente físico que están en interacción con el individuo y su colectividad, lo que condiciona el proceso salud-enfermedad.

Sectorización. Se responsabiliza al médico del nivel primario con un número determinado de habitantes, según los grupos de edad y sexo de la población que conforman el área de salud. El médico y su equipo son responsables de todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad de sus usuarios, tanto sanos como enfermos, en su ambiente físico o social.

Regionalización. Es la base para establecer la interrelación de los distintos niveles de organización y en especial del policlínico con los hospitales regionales. Garantiza la aplicación a la población de todos los adelantos de la ciencia y la técnica en medicina, según lo determinen las necesidades de su situación de salud, con la óptima utilización de los recursos humanos y materiales.

Continuada. El médico y su equipo atienden a la población a ellos asignada a lo largo del tiempo y en los lugares en que esta realiza sus actividades dentro del área de salud; debe concurrir a las instituciones del segundo nivel en las que son atendidos sus pacientes para aportar datos relacionados con

los factores biológicos, psicológicos y sociales que considere que influyen en el proceso salud-enfermedad y para recibir la información necesaria que le permita continuar en el área de salud el tratamiento y rehabilitación del paciente, una vez que reciba el alta hospitalaria.

Dispensarizada. Al tener definido un universo de trabajo, el médico y el equipo pueden establecer un cronograma de trabajo para la atención a todos sus pacientes –aun los considerados sanos– y establecer prioridades según grupos de edad, sexo o enfermedades crónicas que padecen.

Trabajo en equipo. Los equipos primarios horizontales son el centro del nuevo modelo de atención, que permiten aplicar los postulados y conceptos descritos en la medicina en la comunidad. En el modelo del policlínico comunitario estos equipos horizontales se responsabilizan con un sector o número determinado de habitantes y lo integran: el médico (internista, obstetra y pediatra) y el personal de enfermería.

En 1991 la WONCA definió al médico general o médico de familia como: El Médico General o Médico de Familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sean necesarios.

El Médico General o Médico de Familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, el sexo y/o el diagnóstico de sus pacientes.

El Médico General o Médico de Familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El Médico General o Médico de Familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja.

Al revisar la bibliografía sobre la definición y el perfil profesional del médico general-médico de familia, consideramos, como el profesor Gallo Vallejo,³⁷ que esta propuesta de la WONCA tiene una dimensión global y reúne el pensamiento académico y operativo en relación con este tema, dado que en ella aparecen elementos relativos a la MG-MF que no pueden obviarse al

desarrollar las bases conceptuales de su perfil profesional. En este sentido, el profesor Gallo Vallejo realiza un interesante aporte teórico sobre la base conceptual del perfil profesional del médico de familia. Dada su universalidad y relevancia se reproduce a continuación sus aspectos esenciales:

Atención integral. Este concepto de atención integral hace referencia al enfoque que debe realizarse del individuo como un todo, como un ser biosicosocial, en el que se reconocen claramente tres dimensiones: biológica, psicológica y social, que se implican conjuntamente y con gran frecuencia, inclusive en motivos de consulta aparentemente biológicos.

Así lo señala McWhinney cuando afirma que muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no podrían ser comprendidas a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social.

Atención continuada. Otra de las características específicas de la práctica del médico general-médico de familia será la continuidad de la asistencia, que le permitirá establecer una relación con su paciente más estrecha, hasta tal punto que este acabe reconociéndole como su médico.

Pero el concepto de atención continuada va más allá de lo antes señalado, suponiendo un importante compromiso, que se constituye en el principal responsable de la atención a sus pacientes, debiendo reconocer los límites de su competencia profesional al identificar aquellas situaciones en las cuales implicará a otros profesionales de la salud para una mejor atención y sin que ello suponga delegar la responsabilidad de su paciente.

Atención integrada. Este concepto hace referencia a que el médico general-médico de familia debe procurar que las actividades que determinan todo el proceso salud-enfermedad –promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación– se lleven a cabo de una forma integrada, comenzando por la consideración de los factores que condicionan la enfermedad, detectando esta precozmente y aplicando las actividades terapéuticas y recuperadoras que se precisen.

El médico de familia debe considerar cada contacto con sus pacientes como una buena ocasión para proponer y aplicar medidas de promoción de la salud, como el consejo médico y medidas de prevención. Al tener en cuenta la continuidad de atención que tiene con sus pacientes, parece evidente que las oportunidades para aplicar este tipo de medidas van a ser frecuentes. Por ello en muchos programas de prevención se le considera como el principal protagonista de la prevención primaria.

Generalista. El médico de familia es generalista en cuanto que debe aceptar a toda persona que le solicita atención. El compromiso del médico de familia no es con una especialidad o con un grupo de técnicas, sino con el paciente, siendo este el que define su problema y ante el cual no puede decir que no sea de su incumbencia. Efectivamente, el médico de familia se encuentra disponible para cualquier tipo de problema de salud que se presente a

cualquier persona, independientemente de su sexo o edad. Este concepto de generalista es equiparable al de atención global o completa, que es utilizado por otros autores.

Cada problema del paciente, sea cual sea, físico, familiar, psicológico, social, etc., será abordado inicialmente por el médico de familia, que acabará manejando solo o con la ayuda de otros profesionales o especialistas.

Atención al individuo. La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, adquirir ciertas habilidades y demostrar determinadas actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema del paciente que causa la demanda –diagnóstico–, darle respuesta –tratamiento– y conseguir, si es posible, su desaparición completa –curación– y, si no fuese completa, intentar que las secuelas sean las mínimas posibles –rehabilitación.

Para ello, deberá ser competente clínicamente, de tal manera que sea capaz de resolver la mayoría de los problemas con los que el paciente se presente en la consulta. La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada competencia científicotécnica, pero también le requiere cualidades humanas que favorecen la relación médico-paciente, la cual va a presentar un lugar privilegiado dentro de su actividad profesional. El conceder la primacía a la persona sobre el paciente constituye la clave de muchas de las habilidades propias de la MF y la fuente de satisfacciones personales del médico.

Atención a la familia. Hay quien señala que el triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la MG-MF, la familia en tanto que es el núcleo social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en el cómo y de qué se enferman sus miembros, así como de qué forma se expresan la necesidad de la atención sanitaria y la manera en que se produce la resolución del problema.

La familia influye en ambos sentidos sobre la salud de sus miembros: en un sentido positivo, como recurso fundamental para colaborar en el cuidado y la resolución de problemas, y en un sentido negativo, como generadora de enfermedad, hábitos de vida insanos y conductas de salud erróneas.

En este mismo sentido el médico general-médico de familia se encuentra en una posición de privilegio para detectar e intervenir ante problemas familiares generadores o consecuencia de enfermedades, al estar capacitado para realizar intervenciones mínimas en las crisis familiares que detecte y recurrir, siempre que lo considere necesario, a otros profesionales cuando la dimensión del problema exceda al límite de su competencia.

Atención a la comunidad. El médico exclusivamente clínico piensa normalmente en términos de un solo paciente, al que está atendiendo en cada

momento, y no suele considerarlo como parte integrante de un grupo de población. Frente a este enfoque clínico, el médico de familia tiene que considerar ambos aspectos, el individual y el de que forma parte de un grupo de población y de una población en riesgo.

Con esta orientación, el médico de familia adquiere un compromiso para mantener la salud de la comunidad en la que trabaja, independientemente de que acudan o no a su consulta. Por tanto, la oferta sanitaria debe extenderse no solo a la población demandante, sino también a aquella que no es utilizadora de servicios de salud, para evitar la existencia de desigualdades en salud.

Además, hoy se refuerza la necesidad de esta orientación comunitaria por el hecho reconocido de que los factores determinantes de la enfermedad, a saber: los estilos de vida y factores medioambientales, difícilmente pueden ser modificados por acciones exclusivamente dirigidas al individuo, requiriendo la intervención comunitaria, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

Gestor de recursos. El médico general-médico de familia, al actuar como primer contacto del individuo o de la familia con el sistema de salud, está en óptimas condiciones para discriminar la derivación de los pacientes a niveles de mayor complejidad tecnológica, indicación de la intervención de los especialistas, así como de las pruebas complementarias de diagnóstico, y poder orientar la atención mediante criterios de costo-efectividad, costo-eficiencia y costo-oportunidad.

Vocación docente. El médico general-médico de familia en el ejercicio de las funciones asignadas desarrollará una actividad continuada de estudios para mejorar sus conocimientos científicotécnicos, compartir con el resto de los trabajadores del equipo de salud los nuevos enfoques que se producen en los cambios de los patrones de morbilidad y mortalidad, el progreso científicotécnico, los procedimientos y normas que se ajustan permanentemente en los sistemas de salud de acuerdo con la dinámica y constantes ajustes para lograr un mejor nivel de atención al individuo, la familia y a la sociedad. En esta línea del perfil profesional del médico general-médico de familia, la utilización permanente de los enfoques de investigación son fundamentales y debe estar integrada en su trabajo diario, en ejercicios de evaluación de resultado o la resolución de problemas concretos que tengan la ejecución de los planes y programas específicos en que actúe.

Utilización del método científico. El médico de familia debe sustentar su trabajo en el método científico, lo que implica una continua actitud de auto-evaluación, tanto en los aspectos clínicos y epidemiológicos, como en los docentes y de investigación, que deberá integrar en su trabajo diario, con la mejora de la atención prestada a su población que indudablemente conllevará.

Referencias bibliográficas

1. Ceitlin J. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. Introducción. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C; 1997. p. 3-14.
2. Gómez-Gascón T. La medicina familiar en el mundo. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 101-8.
3. McWhinney I. Orígenes de la medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 15-23.
4. Flexner, A. Medical education in the United States and Canada. New York. The Carning foundation for the advancement of teaching; 1910.
5. Ramos V. Medicina general/medicina de familia en Europa. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 109-26.
6. Cuesta L. ¿Medicina general integral o medicina familiar? Rev Cub Med Gen Integr. [Internet]. 2007 Sep [citado 2010 Ene 18];23(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300012&lng=es
7. Martín A. Atención primaria de salud y medicina de familia. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 88-98.
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra, OMS; 1981.
9. Eslava JC. Las lecciones de la pasada atención primaria en salud. Rev Sal Púb. 2009 Jan-Feb;11(1).
10. Amaro MC. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cub Med Gen Integr. [Internet]. 2003 Ago [citado 2010 Ene 18];19(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400008&lng=es
11. Taylor R. Conceptos centrales en medicina familiar. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 29-35.
12. Stephen WJ. La Atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica. Foro Mundial de la Salud. 1981;2(3):365-85.
13. Itube, P. La medicina familiar y calidad de la atención primaria: base del Sistema Nacional de Salud. Madrid, MEDIFA. 1987.
14. Organización Panamericana de la Salud. Seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva. Viña del Mar. 1955. Washington DC. OPS. Pub científica 28; 1957.
15. Organización Panamericana de la Salud. Seminario sobre: La enseñanza de la medicina preventiva. Tehuacán (México); 1956.
16. Ceitlin J, ed. ¿Qué es la medicina familiar? Caracas: Editorial Arte; 1982.
17. Farfan G et al. La medicina familiar en México. En: Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: FyC y CIMF; 1997.
18. Yepes CE. Atención primaria en salud, más pertinente que nunca. Invest Educ Enferm. 2006 Jul-Dec;24(2).

19. Chang, M. Mensaje de la directora general de la OMS en el informe sobre la salud del mundo. 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
20. Roa P. Historia de la medicina de familia en la América Latina. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 137-47.
21. Perkin R. Historia de la medicina de familia en Norteamérica. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 127-36.
22. Ceitlin, J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria*. 2006;38(9):511-4.
23. Vallese C, Roa R. Medicina familiar y general en Argentina. *Aten Primaria*. 2006;38(10):577-9.
24. Ramos E, Granadino Sara L. Medicina familiar en El Salvador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):517-8.
25. Kemayd AI. Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención. *Aten Primaria*. 2007;39(8):443-5.
26. Mejía MA, Quintero OM, D'Avila MC, Silva CC. Situación de la medicina familiar en Venezuela. *Aten Primaria*. 2007;39(9):495-6.
27. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. *Aten Primaria*. 2006;38(9):519-22.
28. Ruiz J. La medicina familiar en Bolivia. *Aten Primaria*. 2007;39(3):157-9.
29. Llorach C. La medicina familiar en Panamá. *Aten Primaria*. 2007;39(2):103-4.
30. Goicochea E, Egúsqüiza MR. Medicina familiar en Perú. *Aten Primaria*. 2007;39(7):377-8.
31. Arias- Castillo L. Medicina Familiar en Colombia. *Aten Primaria*. 2007;39(4):207-8.
32. Szwako AA. Medicina familiar en Paraguay. *Aten Primaria*. 2007;39(6):323.
33. Rodríguez J, Fernández MA, Mazón JJ, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Aten Primaria*. 2006;38(9):515-6.
34. Presno C, González L. Medicina familiar en Cuba: comienzo, presente y futuro. *Aten Primaria*. 2007;39(5):265.
35. Escalona M. La Medicina en la comunidad. En: Escalona Reguera M. Temas de Administración de servicios y programas de Salud Pública. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud Pública; 1983. p. 275-93.
36. WONCA (World Organization of Family Doctors). The role of the general practitioner/family physician in health care system. 1991.
37. Gallo F. Perfil profesional del médico de familia. Bases conceptuales. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C;1997. p. 164-9.

Capítulo 3

SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO

(...) no entreguemos al mercado la solución de los problemas de la salud humana.¹
Dr. Fidel Castro Ruz

El 1ro. de Enero de 1959 se produjo el hecho histórico del Triunfo de la Revolución cubana. Cuba era entonces un país neocolonial, agrícola, monoexportador y dependiente de los Estados Unidos; la educación, la salud y la seguridad social no eran prioridad para el gobierno. La situación de salud de los cubanos en esta etapa estaba condicionada por esa realidad.² A partir de ese momento se realizaron profundas transformaciones en el ámbito social y económico que mejoraron la calidad de vida de la población con notables cambios en materia de salud con respecto a cualquier etapa precedente en el país.³

También se modificó el tipo de asistencia médica primaria que se ofrecía a la población. En las pequeñas ciudades o pueblos cabeceras de municipio se crearon unidades sanitarias que realizaban solo tareas de atención primaria: atención ambulatoria a pacientes bajo control de programas como el de tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas; cuidados a embarazadas y niños desnutridos; ejecución de planes de inmunización; administración de servicios de disposición de residuales sólidos y líquidos y la inspección sanitaria.²

Desde los primeros meses de 1961 se comienzan a construir y se ponen en funcionamiento hospitales rurales y puestos médicos rurales –consultorios médicos en zona rural–. El hospital rural tiene un número de camas que oscila entre 10 y 30 y cuenta con servicio de laboratorio clínico y rayos X. Las funciones que desarrollan en estos centros tienen un carácter integral, pues a la asistencia médica y estomatológica ambulatoria y a la atención al paciente que requiere de internamiento, se suman actividades fuera del recinto de la

institución, como: acciones de enfermería de terreno, vigilancia epidemiológica, control higiénico del medio, vacunación, educación sanitaria y actuaciones médico-legales.^{2,4}

Para garantizar la atención ambulatoria a la población urbana se crearon los policlínicos integrales en 1964 con un criterio esencialmente asistencial. Cuando se define conceptualmente el área de salud*, en 1965, estas instituciones se convirtieron en unidades integrales con la introducción de los programas básicos del área que tienen una orientación preventivo-curativa y que incluye la atención al medio ambiente.^{5,6}

Características del Sistema Nacional de Salud Cubano

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano durante la década de 1960 está marcado por la salida del país de casi el 50 % de los médicos existentes en 1959. Su evolución, aún en condiciones adversas, es expresión de dinamismo y capacidad de renovación. En consecuencia con los cambios ocurridos en el cuadro epidemiológico, y con las propias contradicciones derivadas del desarrollo del sistema de salud y el alcanzando por el país, se han realizado importantes y permanentes reformas que son reflejo del respeto más absoluto por el derecho a la salud de todo ciudadano.⁴

Con el crecimiento sostenido de las instituciones estatales, la integración del mutualismo –que marca la incorporación al presupuesto estatal de todos los servicios de salud del país– y el proceso de extinción de la medicina privada, Cuba finaliza un periodo de transiciones de las estructuras organizativas, que posibilita que en 1969 se estableciera un sistema bajo una dirección única, regido por los principios de la salud pública socialista (Tabla 3.1).⁷

Tabla 3.1. Principios del Sistema Nacional de Salud de Cuba

1. Carácter estatal socialista
2. Orientación profiláctica
3. Accesibilidad y gratuidad general
4. Integridad y desarrollo planificado
5. Unidad de la ciencia, la docencia y la práctica médicas
6. Participación activa de la población
7. Internacionalismo

Fuente: Narey B, Aldereguía J. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.

*Extensión territorial producto de la división funcional de un municipio donde reside un núcleo de población que no debe exceder los 30 000 habitantes (Ramos N, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.)

Recuadro 3.1. Transformaciones en el ámbito social y económico cubanos en la década de 1960

- La Ley de Reforma Agraria de 1960 liberó del pago de renta al 85 % de los campesinos, elevó su poder de compras, y aumentó la ocupación en la agricultura en 208 000 puestos
- Rebaja en las tarifas telefónicas, eléctricas y de alquileres de viviendas entre el 30 y 50 %.
- Reducción en el porcentaje de población económicamente activa desempleada (de 12,5 en 1958 a 1,3 en 1970)
- Campaña nacional de alfabetización, que erradicó el analfabetismo como fenómeno social en 1961
- Distribución racionada y equitativa de alimentos con prioridad a los niños, a la mujer gestante, determinados grupos de población enferma y adultos mayores
- Establecimiento de la educación gratuita en todos los niveles de enseñanza
- Construcción de nuevas escuelas e incremento en el número de maestros
- Establecimiento de la gratuidad de los servicios médicos
- Rebaja en los precios de las medicinas
- Nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados
- Aumento en la cobertura de los servicios de salud
- Incremento en la formación de profesionales y técnicos
- Establecimiento de la seguridad social para todos los ciudadanos

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Rojas F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 Feb [citado 2009 Oct 04]; 19(1): [aprox. 5 p]. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial de Iro. de febrero de 1960.

Se define como “el conjunto de unidades administrativas, productivas y de servicios, responsables de responder a las necesidades de salud de toda la población; las mismas se interrelacionan entre sí, de acuerdo con su grado de complejidad y ubicación territorial con el propósito de brindar la mayor accesibilidad posible a la población según sus necesidades y de lograr una óptima utilización de los recursos y medios a ellos asignados”. En el SNS existen tres niveles de atención médica: el primario, el secundario y el terciario, los que se hayan interrelacionados de acuerdo con los principios de la regionalización de los servicios.⁸

En Cuba la salud es un derecho del pueblo y es una responsabilidad del Estado.⁹ Las relaciones sociales que se establecen para garantizar la protección de la salud están tuteladas por el Estado a través de un conjunto de disposiciones jurídicas.⁷

La protección de la salud como tarea fundamental y prioritaria del Estado tiene un respaldo jurídico y aparece enmarcada dentro de la Constitución de la República de Cuba proclamada en 1976 (Tabla 3.2).

Tabla 3.2. Bases jurídicas del Sistema Nacional de Salud Cubano

- Las Leyes 717 de 1960 y 959 de 1961 dotan al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de toda la autoridad para la dirección del sector, incluyendo a las clínicas privadas y mutualistas
- Constitución de la República de Cuba (artículos 9 y 50)
- Decreto Ley 1323 de 1976 ratifica el nombre de Ministerio de Salud Pública y lo denomina como organismo central del Estado
- Ley No. 41 de 1983 Ley de la Salud Pública que contiene las acciones que desarrolla el Estado para garantizar la protección de la salud de sus ciudadanos y permite dictar un conjunto de disposiciones que conforman el cuerpo jurídico de la salud pública cubana
- Decreto Ley 67 (19 de abril 1983) y el 147 (1994) que modifica al anterior en algunos aspectos

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Araujo L, Llorens J. La lucha por la salud en Cuba. México: Siglo XXI. 1985. Ruiz JR. Consolidación del Sistema Nacional de Salud Pública. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, eds. La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista especial. Minsap/OPS/OMS; 2009. p. 19-31. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora Política; 2010. Comunicación personal de la Lic. María de los A. Montalvo Carrió (Asesora jurídica de la Dirección Jurídica del MINSAP).

En el propio año 1976 se adopta una nueva división política administrativa y el país queda organizado territorialmente en 14 provincias y 169 municipios; se instauran los Órganos Locales del Poder Popular y se implanta el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía.

En correspondencia con esta transformación, el Sistema Nacional de Salud se estructura en tres niveles administrativos: nación, provincia y municipio. El MINSAP queda subordinado al Estado y al Gobierno de la República y mantiene una jerarquía técnica sobre las direcciones provinciales y municipales de salud, que a partir de este momento se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. En ese momento desaparecen las direcciones regionales.*^{4,7,10,11}

La Asamblea Nacional (Parlamento) y las Asambleas Provinciales y Municipales cuentan, para su funcionamiento, con comisiones de trabajo. La Comisión Nacional de Salud comprende además, las áreas de Deporte y Medio Ambiente y asesora a la Asamblea Nacional y el Consejo de Estado en estas esferas. También ejerce el control y la más alta fiscalización sobre las instituciones de gobierno a cargo de estos sectores. En los órganos de gobierno en municipios y provincias existen comisiones con similar función a esos niveles.¹²

* Organización administrativa creada en 1963 como un eslabón intermedio entre cada provincia y sus correspondientes municipios (una región podía abarcar más de un municipio).

De esta manera se logra una descentralización operativa y presupuestaria, así como las condiciones necesarias para enfrentar los problemas de salud de la población a partir del fomento de una coordinación intersectorial. En esta misión llevan gran responsabilidad los centros encargados de ofrecer la atención médica en el nivel primario –policlínicos y hospitales rurales– que dan cobertura al 100 % de la población del país. En la década de 1960 esta función la desempeñaron los hospitales rurales y los policlínicos integrales. Con el desarrollo progresivo del SNS y de la interrelación entre sus distintas unidades, aplicando los principios de la regionalización, se fue haciendo más evidente la importancia de los policlínicos.¹³ El nivel primario se perfeccionó en la década de 1970 cuando se creó el modelo de medicina en la comunidad y en la siguiente cuando se instituye el modelo cubano de medicina familiar.

En el marco más amplio del sistema, el trabajador de la salud en el nivel primario ha constituido la célula básica de la actividad preventiva en el SNS, papel que se reforzó con la llegada de la MF. El consultorio médico en el nivel primario constituye el inicio de un continuo desde donde se articulan las capacidades de los niveles secundario y terciario de atención mediante el sistema de referencia y contrarreferencia. Aplicando el principio de la atención continuada a los pacientes, el nivel primario se apoya en los otros niveles de mayor complejidad tecnológica para elevar su capacidad resolutoria y referir a aquellos pacientes que requieren acciones de atención médica integral correspondiente a tales niveles; de igual manera da continuidad a la atención hospitalaria en la comunidad, una vez que el paciente es dado de alta de un internamiento.¹¹

Aun así, el SNS cubano es abierto, lo que significa que cualquier persona puede acudir directamente a la institución de salud que considere y solicitar y recibir en ella la atención médica que requiere o la orientación oportuna de a dónde acudir (Fig. 3.1).

El Sistema Nacional de Medicamentos es íntegramente público y estatal; la fuente principal de los medicamentos disponibles en el país es la producción nacional que cumple con los criterios de calidad, eficacia y seguridad establecidos internacionalmente. Toda la población tiene acceso real –asistencial, económico y geográfico– a los medicamentos que necesita; estos se expenden en la red de farmacias del país, con un precio fijado por el Estado. La producción y distribución de medicamentos no es una actividad lucrativa en Cuba, como tampoco se promueve comercialmente su consumo a través de los medios de difusión masiva ni por ninguna otra vía. En la atención hospitalaria y en programas de salud priorizados en la atención ambulatoria –VIH-sida, tuberculosis, trasplante de órganos y otros– los medicamentos se dispensan gratuitamente. Los proyectos de investigación-desarrollo de medicamentos se diseñan a partir de las demandas que realizan grupos de médicos y otros

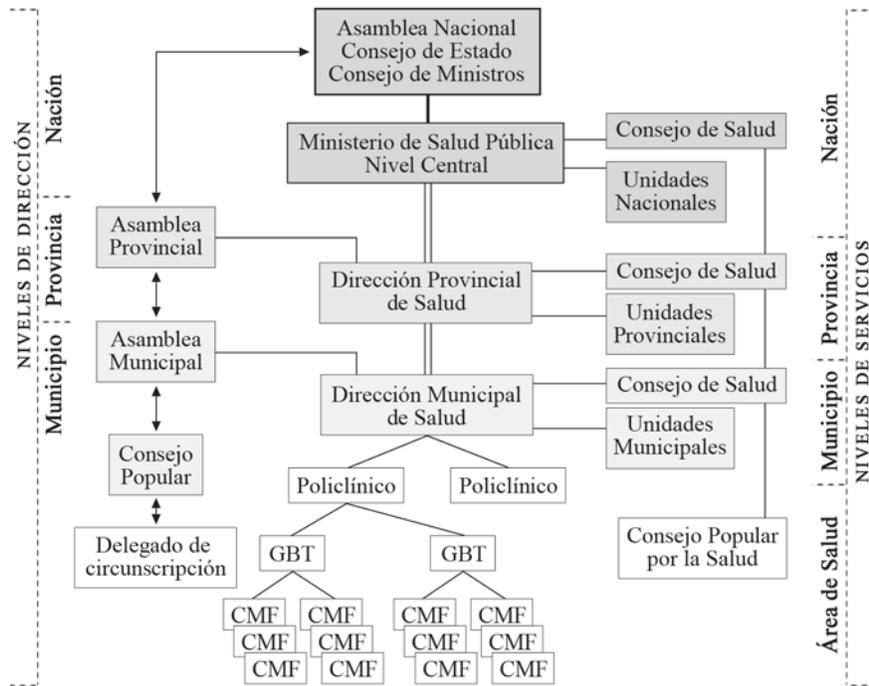


Fig. 3.1. Estructura del Sistema Nacional de Salud Cubano.

expertos que se organizan conjuntamente por el MINSAP y el Ministerio de la Industria Básica, teniendo como único interés las necesidades actuales y perspectivas de atención médica a la población.¹⁴

En varias publicaciones se destacan hechos distintivos que han caracterizado a la salud pública cubana desde 1959.^{6,11,15-17} Los principales momentos en el desarrollo de la salud pública cubana entre este año y el año 2000 se recogen en la tabla 3.3, que han sido elaborados por los autores sobre la base de esta información disponible.

Orientación profiláctica

La orientación profiláctica del SNS cubano está inseparablemente unida a las mejoras sanitarias derivadas de las medidas encaminadas por el gobierno para elevar el bienestar, el nivel material y cultural del pueblo.

Las dos dimensiones importantes hacia las que ha estado dirigida la profilaxis son: trabajar sobre los factores determinantes de la salud colectiva e identificar las personas susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual.

Tabla 3.3. Evolución de la salud pública cubana

1959-1969	<p>Mortalidad predominante por enfermedades infecciosas</p> <p>Emigración de médicos</p> <p>Creación del servicio médico rural y hospitales rurales</p> <p>Creación de áreas de salud y policlínicos (áreas urbanas; cobertura y accesibilidad total)</p> <p>Creación de los hogares maternos</p> <p>Surgimiento del concepto y creación de las primeras clínicas estomatológicas</p> <p>Campañas nacionales de vacunación y saneamiento, con amplia participación popular</p> <p>Inicio de los programas cubanos de colaboración médica internacional</p> <p>Aplicación de programas de lucha contra enfermedades infecto-contagiosas</p> <p>Creación de escuelas de medicina, enfermería y técnicos de la salud</p> <p>Construcción de hospitales e incremento en el número de camas hospitalarias en el país</p> <p>Creación de institutos de investigación</p> <p>Creación del Sistema Nacional Único de Salud</p> <p>Creación del Sistema Nacional de Estadísticas</p> <p>Nacionalización de la producción y el comercio de medicamentos</p>
1970-1979	<p>Mejor situación higiénico-sanitaria con incremento en la educación sanitaria de la población general, con participación popular en las comunidades y en las instituciones del sistema de salud</p> <p>Modificación del cuadro epidemiológico a partir de la erradicación de varias enfermedades infecciosas</p> <p>Mejora la relación de médicos, enfermeros y técnicos de la salud por habitante</p> <p>Prioridad al programa nacional de reducción de la mortalidad materno-infantil</p> <p>Incremento en el número de hogares maternos y establecimiento de la “madre acompañante” en las salas de pediatría</p> <p>Incremento del nivel inmunitario de la población infantil</p> <p>Creación de los centros provinciales de higiene y epidemiología</p> <p>Gestión de servicios de salud se subordina a gobiernos provinciales y municipales</p> <p>La educación médica superior se subordina al MINSAP</p> <p>Creación de unidades de terapia intensiva pediátricas en hospitales clínico-quirúrgicos</p> <p>Creación del policlínico comunitario y del modelo de medicina en la comunidad</p> <p>Creación del Centro Nacional de Farmacovigilancia</p> <p>Creación de facultades de medicina en todas las provincias (descentralización de la docencia médica)</p> <p>Expansión de la capacidad interna de producción de medicamentos</p> <p>Plan de inversiones en servicios de salud</p>

Tabla 3.3. Continuación

1980-1999	<p>Mejor situación higiénico-sanitaria. Perfil epidemiológico con una mortalidad predominantemente por enfermedades no transmisibles y con tendencia descendente por enfermedades transmisibles</p> <p>Enfrentamiento a la epidemia de dengue hemorrágico en 1981</p> <p>Desarrollo de especialidades médicas</p> <p>Perfeccionamiento técnico y profesional</p> <p>Constitución del Destacamento “Carlos J. Finlay” (estudiantil) (para las carreras de Medicina y Estomatología)</p> <p>Introducción de la terapia de rehidratación oral</p> <p>Introducción acelerada de tecnología de avanzada</p> <p>Cobertura de los principales hospitales del país con salas de terapia intensiva</p> <p>Aprobación de la Ley de Salud Pública</p> <p>Creación del modelo cubano de medicina familiar y la especialidad de medicina general integral</p> <p>Creación de centros de investigación-producción-servicios de salud</p> <p>Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en el país</p> <p>Desarrollo acelerado de la industria médico-farmacéutica</p>
1990-2000	<p>Definición de estrategias y programas para enfrentar la crisis económica ante la desaparición del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo económico de los EE.UU. contra Cuba (Leyes Helms Burton y Torricelli)</p> <p>Grave afectación económica, social, ambiental e higiénico-epidemiológica; alza de la morbilidad por enfermedades transmisibles e incremento de la mortalidad general</p> <p>Estrategia “Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000”</p> <p>El Programa del médico y la enfermera de la familia sostiene el peso de las acciones preventivo-curativas desarrolladas en Cuba</p> <p>Reconoce la OPS-UNICEF la condición: “Hospitales amigos de la madre y el niño” a hospitales ginecobstétricos y pediátricos</p> <p>Incremento de la práctica de la lactancia materna en el nivel comunitario y del estado inmunitario de la población</p> <p>Perfeccionamiento metodológico del sistema</p> <p>Proyección internacional de la medicina general integral e incremento de la cooperación internacional</p> <p>Creación de Policlínicos Principales de Urgencia y Sistema Integrado de Urgencias Médicas</p> <p>Creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM)</p> <p>Creación de la red de Farmacoepidemiología</p>

En 1962 se definen los principios generales del trabajo higiénico-epidemiológico en el país y entre ellos se establecen las bases para la ejecución de los programas de control de las enfermedades transmisibles y las bases de las estadísticas en higiene y epidemiología. Se establecieron la definición, los objetivos y funciones de la higiene del trabajo y las normas generales para los centros de trabajo y sus trabajadores, así como las relacionadas con la higiene escolar. Adicionalmente se ha trabajado en la vigilancia de la calidad del agua, el control de la higiene del aire y de los alimentos, de los vectores y el control sanitario internacional.^{4,7}

El programa nacional de inmunizaciones es uno de los baluartes de la orientación profiláctica del SNS y fue establecido en 1962, año en el que se ejecutaron las primeras campañas nacionales de vacunación contra la poliomielitis (OVP) y contra la difteria-tétanos-tos ferina (DPT) en la población menor de 15 años y contra la tuberculosis (BCG) en la población de 6 a 14 años. Desde sus inicios, este programa se ha desarrollado con amplio respaldo de las organizaciones de masas de la comunidad.⁶

En 1968 se ejecuta la Campaña nacional de vacunación rural MINSAP-UNICEF para la protección contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, tuberculosis y viruela a la población menor de 15 años de las zonas rurales del país. Al finalizar la década de 1960 la cobertura promedio con vacuna OPV, BCG y DPT no sobrepasa el 70 % de la población.¹⁹

En el año 1971 se realiza la primera campaña nacional de vacunación contra el sarampión en la población de 6 meses a 5 años de edad. Entre 1975 y 1976 se realizan dos grandes campañas de vacunación con toxoide tetánico a las amas de casa, con amplio apoyo de la Federación de Mujeres Cubanas y en 1979 se realiza otra gran campaña para inmunizar a toda la población menor de 20 años contra la enfermedad meningocócica A-C. Al finalizar esta década las coberturas promedio a la población con OPV, BCG, DPT y antimeningocócica A-C sobrepasan el 80 %.¹⁹

En el año 1980 se elabora el segundo Programa Nacional de Inmunización en el país, cuyo aspecto más novedoso estuvo en el cambio del esquema de vacunación. A partir de ese momento se incluye la vacunación antitetánica en los escolares y la vacunación de estos con DT y TT atendiendo al grado escolar en el que se encuentren. En 1981 se realiza la primera evaluación internacional del Programa de Vacunación Cubano por un grupo de expertos de la OPS.¹⁹

Entre 1982 y 1986 se aplica una estrategia nacional para el control de la rubéola congénita que culmina en este último año con la vacunación de toda la población menor de 15 años con la vacuna triple viral que inmuniza contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (PRS).¹⁹

En 1984 y 1985 se realizan dos grandes campañas nacionales de vacunación contra el tétanos en la población mayor de 60 años, con una activa

Recuadro 3.2. Programas cubanos de prevención en salud pública

Enfermedades transmisibles	Digestivas (enfermedad diarreica aguda, fiebre tifoidea, hepatitis, transmitidas por alimentos) Infección respiratoria aguda Infección hospitalaria Zoonosis (rabia, brucelosis y leptospirosis) Tuberculosis Infecciones de transmisión sexual (sífilis y blenorragia) Sida Parasitismo intestinal Inmunizaciones Cólera Lepra
Enfermedades no transmisibles y lesiones	Cardiovasculares Cáncer Diabetes Asma bronquial Malformaciones congénitas (diagnóstico prenatal) Tabaquismo Neuropatía epidémica Suicidio
Muertes y lesiones por accidentes	Accidentes
Otros	Salud bucal Atención materno-infantil Atención al adulto Atención al anciano Control sanitario del agua, alimentos y residuales Control sanitario internacional Control de vectores Atención al trabajador Atención al escolar Inmunoglobulina E

Fuente: MINSAP, OPS, OMS. Análisis del sector salud en Cuba. [Monografía en Internet]. La Habana; 1996. [citado 2009 Oct 04]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Analisis_Sector_Salud-Cuba.htm

participación de miembros de la Federación de Estudiantes Universitarios. También en 1985 se realizó la tercera campaña nacional de prevención del tétanos en las amas de casa. Entre 1988 y 1989 se incorpora la vacuna cubana contra el meningococo B y C –primera en el mundo contra el tipo B– y se inmuniza a toda la población cubana menor de 15 años.¹⁹

Al finalizar la década de 1980 las coberturas con vacunas BCG, DPT, OPV, PRS y AM-BC alcanzan niveles ligeramente superiores al 90 % en la

población menor de 2 años. Desde finales de este decenio y en el siguiente se desarrolla una estrategia para el control del sarampión.¹⁹

En la siguiente década la OPS entrega a Cuba el Certificado de erradicación de la poliomielitis (1994) y se comienza a inmunizar a toda la población infantil y población en riesgo con la vacuna cubana contra la hepatitis B; en 1997 se inicia la vacunación contra la influenza en los asilos de ancianos y en 1999 todos los menores de 1 año son vacunados contra el *Haemophilus influenzae*. En este último año se rediseña el esquema nacional de vacunación cubano que para ese momento ya inmunizaba a la población contra 12 enfermedades, con un nivel inmunitario en los niños menores de 5 años por encima del 95 %.⁶

Los principales resultados con esta estrategia se muestran en la tabla 3.4 y la evolución del esquema nacional de vacunación cubano se presenta de manera resumida en la tabla 9 del Anexo.

La batalla contra las enfermedades diarreicas agudas (EDA) comienza con la implantación del Programa de lucha contra las gastroenteritis en 1962; por esa época se crean los hogares de recuperación nutricional para los lactantes menores de 1 año egresados de los servicios de enfermedades diarreicas en el oriente del territorio nacional y se trabaja por aumentar la educación para la salud comunitaria. La mortalidad comenzó a reducirse desde los primeros años (Fig. 3.2); sin embargo, no se logró el mismo impacto con la morbilidad por esta causa.

En la década de 1980 la OMS y UNICEF inician el Programa mundial de control de las enfermedades diarreicas (CED). Cuba se incorpora a este programa e introduce la terapia con sales de rehidratación oral que se lleva al nivel primario de atención en 1984; también se encaminan todos los esfuerzos hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta el periodo entre los 4-6 meses de edad del lactante, mediante la acción conjunta entre los hospitales Amigos de la madre y el niño –acreditados en la década de 1990– y los médicos de familia y pediatras en el nivel primario.⁶

Las tecnologías de avanzada para la detección precoz de afecciones o daños en etapa prenatal o neonatal se introducen para toda la población del país en la década de 1980.⁶

Otra área con un gran desarrollo en el trabajo profiláctico es la estomatológica. En 1992 se aprueba el Programa de atención estomatológica integral a la población²⁰ que introduce una visión epidemiológica de los problemas estomatológicos; se enfatiza en el enfoque de riesgo, la vigilancia de la salud bucal y la realización del diagnóstico comunitario de la salud bucal, con acciones fundamentalmente dirigidas hacia la promoción y la prevención que incluyen la visita del estomatólogo a las familias en su hogar. En ese momento se integran los estomatólogos a los grupos básicos de trabajo y vinculan su labor con la de los médicos de familia para fortalecer el enfoque profiláctico.^{20,21}

Tabla 3.4. Enfermedades transmisibles eliminadas en Cuba

Enfermedades	Año de intervención	Año de impacto	Resultados
Poliomielitis	1962	1962	Eliminada
Tétanos neonatal	1962	1972	Eliminada
Tétanos	1962	1992	Tasa < 0,1 x 105 hab.
Tos ferina	1962	1997	Eliminada
Difteria	1962	1979	Eliminada
Sarampión	1971	1993	Eliminado
Rubéola	1982	1995	Eliminada
Síndrome de rubéola congénita	1986	1989	Eliminado
Parotiditis	1986	1995	Eliminada
Meningitis posparotiditis	1986	1989	Eliminada
Meningitis meningocócica	1988	2001	Disminuye en 98 % la mortalidad y en 93 % la morbilidad
Hepatitis B (menores de 20 años)	1992	2001	Tasa < 0,1 x 105 hab.
<i>H. influenzae</i> tipo b	1999	2001	Tasa < 0,1 x 105 hab.

Fuente: Comunicación personal del Dr. Miguel Ángel Galindo Sardiñas, Asesor del Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

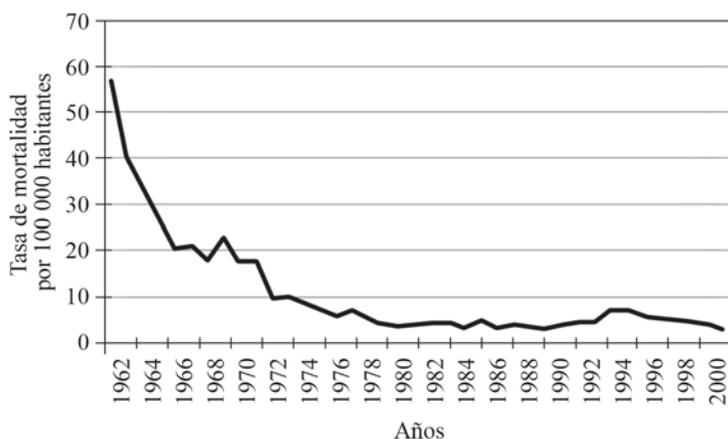


Fig. 3.2. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda. Cuba, 1962-2000. Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Informe Anual de Salud. 1976; MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuarios Estadísticos de Salud. 1996-2002. La Habana; 1997-2003.

Todas las áreas de salud están vinculadas a un servicio estomatológico para garantizar este tipo de atención a la población del territorio; las acciones desarrolladas en los servicios primarios de estomatología pueden ser: de urgencia, de terreno, de educación para la salud, de control de placa dentobacteriana, curativas –obturaciones, tratamientos de endodoncia, tartrectomías, extracciones dentales y ortodoncia interceptiva– o de rehabilitación.⁴ Por cada dos consultorios médicos de la familia se vincula a un estomatólogo general para que realice acciones integrales inherentes a sus funciones.²²

Entre los resultados concretos de la orientación profiláctica del SNS se incluye la disminución en los indicadores de morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades infecciosas. Las principales causas de muerte del país en los últimos años han estado relacionadas con las enfermedades del corazón, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes. Los indicadores de salud cubanos están al nivel de los reportados por países desarrollados.^{6,15}

Integridad y desarrollo planificado

La planificación de la salud es un proceso único y centralizado. En el SNS existe una subordinación de las unidades de salud al MINSAP que ejerce sobre ellas una función normativa y metodológica.¹⁸ Este proceso ha tenido como premisa su desarrollo integral en todo el país, con énfasis en aquellas provincias más atrasadas con respecto a la capital.

A modo de ejemplo: mientras que en 1959 La Habana contaba con el 22 % de la población del país y tenía el 54 % del total de camas existentes, la provincia de Oriente con el 35,5 % de la población del país solo disponía del 15,5 % del total de camas. Entre 1959 y 1974, las construcciones relacionadas con el incremento en el número de camas hospitalarias se incrementaron solo en el 8 % en La Habana, si se comparan con el 184 % en Camagüey y 147 % en Oriente, en ese mismo periodo. Antes de 1959 no existían en Cuba instituciones con características similares a los policlínicos u hospitales rurales, tampoco existían hogares maternos o clínicas estomatológicas.⁴

La ubicación de las instituciones de salud en el territorio nacional permite ofrecer cobertura a la totalidad de la población de manera equitativa y ha favorecido su accesibilidad geográfica. La población del país tiene acceso a la red de policlínicos, hospitales municipales y provinciales, clínicas estomatológicas, servicios del sistema de ópticas y del sistema integrado de la urgencia y la emergencia médica, hogares maternos, bancos de sangre municipales y provinciales, entre otras instituciones (Tabla 9, Anexos).

Los propios indicadores de salud del país, analizados por provincia, constituyen la mejor evidencia sobre el cumplimiento de este principio.

De manera ilustrativa puede mostrarse la serie de la tasa de mortalidad infantil que no solo ha disminuido en todas las provincias del país a lo largo de

los años, sino que sus valores tienden a ser cada vez más homogéneos aún cuando entre ellas existen diferencias en cuanto a su desarrollo socioeconómico (Fig. 3.3).

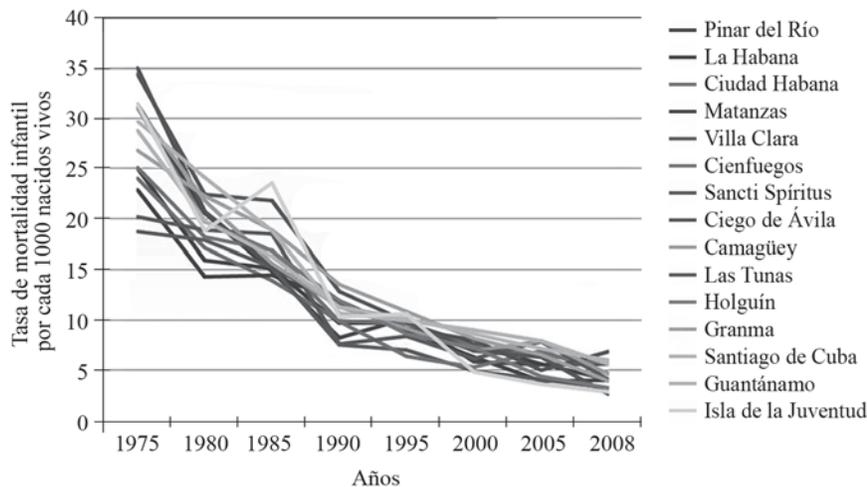


Fig. 3.3. Mortalidad infantil según provincias. Cuba, 1975-2008 (Tasa por cada 1000 nacidos vivos). Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuarios estadísticos de salud. 2004-2008. La Habana; 2005-2009.

Unidad de la ciencia, docencia y práctica médicas

Entre los años 1959 y 1968 abandonan el país 2 772 médicos —el 44 % de los 6 286 existentes en Cuba en 1959—. La educación médica universitaria y el MINSAP asumen la misión de formar masivamente los profesionales necesarios para cubrir el déficit causado en los servicios y centros de enseñanza.^{23,24}

En 1962 se consolida una reforma universitaria, se crea la Dirección Nacional de Docencia Médica Superior y se fundan decenas de centros de enseñanza médica técnica y superior.

Al comparar el número de centros dedicados a esta actividad en 1958 —1 escuela de medicina, 1 escuela de estomatología, 2 hospitales docentes y 6 escuelas de enfermería— con los que existen en el país, es ostensible el desarrollo alcanzado en la educación médica superior desde 1959. Al cierre de 2008 existían en Cuba 4 institutos superiores de ciencias médicas, 1 instituto superior de ciencias básicas y preclínicas, 24 facultades de medicina, 4 facultades de estomatología, 1 escuela latinoamericana de medicina, 1 facultad

de tecnología de la salud, 4 facultades de enfermería, 30 filiales de ciencias médicas y 169 sedes universitarias municipales.^{4,24-28}

En la década de los 70 los centros de docencia médica superior se subordinan al MINSAP y asumen la formación y educación continuada de sus profesionales universitarios y técnicos de nivel medio. La estructura y funcionamiento de los nuevos centros se reglamenta sobre la base del *principio de combinar el estudio y el trabajo en la formación de los técnicos y profesionales de la salud* –condicionado en parte por la propia necesidad de fuerza de trabajo–. Se establecen unidades docentes provinciales y algunas regionales para la formación y superación de los técnicos medios que formaron unos 46 500 técnicos y auxiliares hasta diciembre de 1974.^{4,6,25,26}

Se reforman los planes académicos con el objetivo de que los educandos fuesen participantes activos durante su preparación, a través de la labor directa de las unidades de salud y su cooperación en la solución de los problemas de salud, también al nivel comunitario.^{24,25}

Recuadro 3.3. Graduados según especialidad. Cuba, 1962-2008

Años-especialidad	1962-1980	1981-1996	1997-2008
Medicina General Integral	-	12 648	23 009
Medicina Interna	442	2 636	1 371
Pediatría	539	2 164	1 004
Cirugía General	445	1 084	593
Ginecobstetricia	484	1 797	1 103
Otras quirúrgicas	1 278	3 412	2 460
Otras clínicas	921	3 448	3 585
Total	4 109	27 189	33 125

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud. 2000-2008. La Habana; 2001-2009.

La educación de posgrado antes de 1959 en Cuba estaba circunscrita a los dos hospitales universitarios de la época para un número muy limitado de plazas cada año.²⁷ En 1962 se inicia el desarrollo de una educación continuada amplia. En 1976 la educación de posgrado se conforma en dos vertientes: la formación académica de posgrado y la superación profesional. En el año 2003 la educación de posgrado contaba con 57 especialidades –51 médicas, 5 estomatológicas y 1 de psicología.^{10,29,30}

Este desarrollo posibilitó mejorar la formación de los residentes en la atención al paciente ambulatorio en los policlínicos comunitarios creados a partir de 1974 y mejorar la calidad de la atención, al poder disponer de profesores de Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna para desempeñar-

se en el nivel primario.⁶ Otro tanto ocurrió cuando se concibió el modelo cubano de medicina familiar y se crearon los grupos básicos de trabajo en cada policlínico.

Hasta 1966 solo existía en Cuba algún que otro esfuerzo aislado de investigación en salud. En ese año se crearon diez institutos nacionales de investigación con funciones investigativas, asistenciales y docentes. Con este paso se fortalece el subsistema de investigaciones en el país.⁴

La política científica nacional se sustenta sobre un Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT), cuya función reguladora y facilitadora la desempeña el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente.

El SCIT organiza esta actividad mediante la elaboración de planes de ciencia e innovación tecnológica –estratégicos y corrientes–. En los primeros se consideran las necesidades del país y las transformaciones esperadas que se materializan en los llamados programas científicotécnicos, mientras que en los segundos, la prospección es a corto plazo y operan con la ejecución de proyectos científicotécnicos (Tabla 3.5).³⁰

Las soluciones prácticas de todo tipo a problemas concretos en las diversas esferas de la actividad de la sociedad cubana se aglutinan y se presentan en el Fórum Nacional de Ciencia y Técnica, el mayor y más importante evento científicotécnico del país. Este fórum ha devenido en un movimiento de carácter masivo en torno a los resultados científicotécnicos del país, cuya introducción y generalización es una prioridad del SCIT.³⁰

En el MINSAP la actividad investigativa se orienta metodológicamente desde la Dirección de Ciencia y Técnica y se realiza en las distintas unidades de los niveles nacional, provincial y municipal. Cada año se desarrollan centenares de proyectos ramales de investigación en los centros de educación médica superior y unidades de ciencia y técnica que son monitoreados por la Dirección de Ciencia y Técnica del Área de Docencia e Investigaciones del MINSAP y en la que participan de forma activa estudiantes y los profesores.³⁰

La educación médica superior cuenta con un financiamiento dependiente del MES hasta 1975 y a partir de 1976 forma parte del presupuesto asignado por el Estado al SNS.²³ Entre 1959 y 2008, ha graduado 172 895 profesionales universitarios de la salud. De ellos, 100 150 médicos (58 %); 14361 (8,3 %) estomatólogos; 47 726 (27,6 %) licenciados en enfermería desde 1980 hasta la actualidad y 10 658 (6,2 %) licenciados en Tecnología de la Salud desde 1994.²⁸

Información científicotécnica

Para la década de 1960, algunas bibliotecas cubanas habían acumulado importantes fondos bibliográficos sobre medicina; sin embargo, su vinculación con el naciente sistema de salud era insuficiente. Tempranamente se reconoció la importancia de dominar los avances de la ciencia y la técnica

para el desarrollo exitoso de los procesos sociales y que los esfuerzos aislados de algunos científicos y editores no eran suficientes en la lucha por mantener un grupo de revistas médicas.³¹

En 1965 se funda el Subsistema Nacional de Información de Ciencias Médicas –hoy Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM)–, como parte del Sistema Nacional de Salud, con la misión de garantizar el acceso de los profesionales y técnicos del sector a lo mejor del conocimiento científico y técnico, nacional y universal.^{32,33}

Tabla 3.5. Programas científicotécnicos

Programas científicotécnicos nacionales de Cuba

- Desarrollo de la agroindustria azucarera
- Producción de alimentos por métodos sostenibles
- Bioteología agrícola
- Desarrollo de productos biotecnológicos, farmacéuticos y de medicina verde
- Vacunas humanas y veterinarias
- Desarrollo energético sostenible
- Desarrollo sostenible de la montaña
- Desarrollo del turismo
- Alimento animal por vías biotecnológicas y sostenibles
- Sociedad cubana, retos y perspectivas ante el siglo XXI
- La economía cubana actual, retos y perspectivas
- Tendencias actuales de la economía mundial y del sistema de relaciones internacionales
- Los cambios globales y la evolución del medio ambiente cubano

Programas científicotécnicos ramales del sector de la salud

- Atención materno-infantil y salud reproductiva
- Calidad de vida
- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades crónicas no transmisibles
- Cáncer
- Atención primaria de salud (medicina familiar)
- Investigación en sistemas y servicios de salud
- Medicamentos y biodiagnosticadores
- Evaluación de tecnologías sanitarias
- Medicina natural y tradicional
- Adulto mayor
- Informática en salud
- Protección de la salud (regulatorio)
- Desarrollo de recursos humanos

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Ibarra EJ. Política científica nacional. Rev Cub Sal Trabajo [Internet]. 2003 [citado 2009 Oct 04];4(1-2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol4_1-2_03/rst121-203.html. Comunicación personal de: Dr. Amador García González-Elías. Metodólogo. Dirección Nacional de Ciencia y Técnica. MINSAP.

El CNICM está constituido por 13 centros provinciales y 1 en el municipio especial Isla de la Juventud, así como 784 bibliotecas y pequeñas unidades de información, situadas en diferentes dependencias en los tres niveles del SNS. Lo integran, además, la Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED) y la Biblioteca Médica Nacional (BMN).^{32,33}

Desde el primer semestre de 1991 el CNICM traza la estrategia de automatizar todos sus servicios. A principios de 1992 se crea una red de correo electrónico que recibe el nombre de Infomed. A pesar de la difícil situación económica de Cuba durante la década de 1990, este proyecto recibió fondos del Ministerio de Salud Pública y también del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (en asociación con la OPS). Posteriormente el alcance de la red fue ampliado significativamente usando finanzas de proyectos de asesoramiento y otros servicios ofrecidos para diferentes iniciativas. También recibe ayuda regular y donaciones de *hardware* de la agencia norteamericana no gubernamental Infomed-USA.³²⁻³⁴

Infomed es ahora una red nacional de información en salud que conecta en línea a médicos, policlínicos, hospitales, universidades médicas, clínicas rurales de todo el país y ofrece facilidades para la investigación al proporcionar noticias sobre salud e información médica. Su sitio web (www.sld.cu) es particularmente usado y útil, ya que pone a disposición de los usuarios varias bases de datos y la Biblioteca Virtual de Salud cuya política de acceso abierto permite obtener información relacionada con la salud. La ONU premió a esta red con un reconocimiento especial.³³ La informatización de la red de bibliotecas de las unidades de nivel primario de atención médica en Cuba implicó la transformación de las bibliotecas de estos centros no solamente por la distribución de equipos y mobiliario, sino sobre todo por la capacitación del recurso humano y la elaboración de lineamientos y principios, que hoy rigen la actividad de esta clase de instituciones en el país.³⁵

En 1998 se introduce la enseñanza virtual y se inicia la formación de comités académicos para la elaboración de “cursos a distancia” con soporte telemático mediante una red que abarca a todo el país.²⁹ Este subsistema es un recurso para el desarrollo y desempeña una función fundamental, no solo en el perfeccionamiento de los recursos humanos, sino en el mantenimiento de sus niveles de actualización en función de elevar la calidad de los servicios a la población.

Internacionalismo

El principio del internacionalismo se expresa de manera oficial en una etapa tan temprana como 1960 cuando Chile fue afectado por un terremoto y Cuba envía hacia ese país una brigada médica y varias toneladas de equipos e insumos para ayudar a enfrentar la tragedia. Esta fue una acción específica desarrollada ante una situación de desastre, pero 3 años después, el 23 de

mayo de 1963 parten hacia Argelia 55 colaboradores cubanos para brindar sus servicios de manera regular al pueblo argelino por el periodo de 1 año. Por eso, esta fecha se considera el inicio de los programas colaboración médica internacional cubana. Desde entonces unos 127 600 colaboradores han brindado su ayuda en 104 países –37 de África, 38 de América y 29 de Euroasia y Medio Oriente– como fiel expresión de la solidaridad e internacionalismo del pueblo y el Estado cubanos en el campo de la salud con otros pueblos hermanos del mundo.³⁶ Desde la segunda mitad de la década de 1990, el peso de la colaboración médica internacionalista cubana lo ha tenido la especialidad de medicina general integral.

Con personal cubano se han abierto 11 escuelas de medicina en el exterior: Yemen del Sur (1976), Guyana (1984), Jimma, Etiopía (1984), Guinea Bissau (1986), Mbarara, Uganda (1988), Thamale, Ghana (1991), Huambo, Luanda (1992), Gambia (2000), Guinea Ecuatorial (2000), Haití (2001) y Eritrea (2003).²⁹

El internacionalismo se expresa también en los propios centros de educación médica superior cubanos que han graduado miles de estudiantes procedentes de otros países. Entre 1966 y 2003 (37 años) se graduaron 3 312 médicos, 348 estomatólogos y 4 licenciados en Enfermería, para un total de 3 664 estudiantes procedentes de países de América, África, Asia y Europa. En el curso académico 2004-2005 estaban matriculados en los centros de educación médica superior cubanos un total de 10 644 estudiantes extranjeros.²⁹

A finales del año 1998, el paso de dos huracanes que azotaron al Caribe y Centroamérica causaron un impresionante número de víctimas mortales e incalculable daño material, miles de personas damnificadas residentes en lugares remotos quedaron desamparadas y sin garantías de asistencia médica. De esta situación de desastre surgió la idea de desarrollar un Programa integral de salud dirigido a ofrecer ayuda médica gratuita para Latinoamérica y el Caribe que se extendió también a otros continentes y, a su vez, la decisión de crear una Escuela Latinoamericana de Medicina contribuyó a la sustentabilidad de ese proyecto.

La ELAM fue oficialmente inaugurada por el presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba Dr. Fidel Castro Ruz, el 15 de noviembre de 1999, en ocasión de celebrarse en La Habana la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno.

En la cooperación internacional en salud, Cuba ha desempeñado un papel destacado desde 1959 que se resume a grandes rasgos en tres áreas concretas:

1. Ha brindado ayuda solidaria ante desastres naturales en diferentes países, incluso en algunos con los que no mantenía relaciones.
2. Ha prestado asistencia médica en decenas de países por miles de trabajadores de la salud.
3. Ha contribuido con la formación de recursos humanos –dentro y fuera del país– a través del otorgamiento de becas a ciudadanos del tercer mundo

e incluso de países desarrollados y la creación de escuelas de medicina en países en vías de desarrollo.

De lo que han significado estas décadas de cooperación internacional en salud hablan los propios resultados obtenidos y las experiencias comunicadas por sus protagonistas.³⁷⁻⁴⁰

Participación comunitaria

Durante la década de 1960, simultáneamente con el desarrollo de la experiencia de los policlínicos integrales y las propias transformaciones sociales que tienen lugar en el país se consolida la función de las organizaciones populares como gestoras y actoras de las actividades de salud. En esta labor se destacaron los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres cubanas (FMC) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP).⁵ La organización estructural que alcanzan las organizaciones de masas, desde la base hasta el nivel nacional, permite un adecuado flujo de información, educación y control de las actividades que desarrollan en apoyo a la salud comunitaria.¹⁸

La colaboración de estas organizaciones se puso de manifiesto cuando el MINSAP comenzó la primera campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis en el primer trimestre de 1962 y desde entonces su papel ha sido importante en los resultados. Sin su trabajo y su tarea educativa, no se habrían alcanzado logros tan extraordinarios con recursos tan limitados.⁴¹

La participación popular en algunas etapas del programa consistió en aplicar las encuestas iniciales, la divulgación, la movilización de la población o la obtención de datos. Sin experiencias anteriores de este tipo, en solo 11 días se logró inmunizar a más de 2 000 000 de personas que constituían poco más del 80 % de la población menor de 15 años de edad de Cuba.⁴

La FMC ha desarrollado un movimiento en su seno –al nivel de cuadras– integrado por las denominadas brigadistas sanitarias, captadas entre las mujeres de la comunidad integradas a las tareas de salud como activistas voluntarias que son adiestradas por personal del policlínico.¹⁸

Al nivel del policlínico se crearon las comisiones o consejos de salud del pueblo a los que pertenecían además de los directivos del policlínico, los líderes de las organizaciones de masa de la comunidad. Estas comisiones funcionaron durante las décadas de 1960 y 1980 como un órgano asesor del director y su función principal fue la de coordinar los aspectos relacionados con la atención médica y la participación de la comunidad organizada en las tareas de salud.¹⁸

Desde finales de la década de 1980 y los primeros años de los 90, se introduce el modelo cubano de medicina familiar; paralelamente ocurre un reordenamiento y reajuste de la economía cubana con un impacto desfavorable

Recuadro 3.4. Principales funciones y actividades de apoyo comunitarios al Sistema Nacional de Salud cubano

- Apoyo en el desarrollo de campañas nacionales:
 - . Vacunación antipoliomielítica
 - . Vacunación a adultos mayores y a amas de casa
 - . Lucha contra el mosquito *Aedes aegypti*
 - . Campañas de desratización
 - . Campañas de desmangostización (áreas rurales)
 - . Campañas de higienización y saneamiento ambiental
 - . Campañas de vacunación antisarampionosa
 - . Vacunaciones equina y canina en áreas rurales
- Acciones comunitarias de higienización comunitaria (limpieza y embellecimiento)
- Convocatoria a la realización de donaciones de sangre para el aseguramiento nacional y en ocasiones para la ayuda a otros países por catástrofes naturales
- Control de pacientes dispensarizados con riesgos
- Acciones de control sanitario internacional con internacionalistas que regresan al país
- Apoyo al programa de control del cáncer cervicouterino citando a las mujeres para la realización de las pruebas citológicas nuevas y de reexamen
- Ayuda a los servicios de salud en el seguimiento en el hogar a pacientes: inasistentes a consulta, puérperas, prematuros, embarazadas, población infantil y egresados de enfermedades respiratorias agudas y diarreicas
- Vigilancia sanitaria de la población y detección de los problemas de salud a nivel local
- Apoyo para recuperación de dosis de vacunas en pacientes inasistentes
- Desarrollo de actividades de educación sanitaria como debates, charlas, conferencias y audiencias sanitarias
- Apoyo a la tarea de legalización de la donación voluntaria de órganos y tejidos
- Participación en el proceso de Análisis de la Situación de Salud comunitaria
- Mediante iniciativas y acciones canalizadas a través de los mecanismos establecidos por los órganos del Poder Popular

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Ledo, S. R. Participación popular en salud. Rev Cub Adm Salud. 1984;10:3. Díaz J, Fernández JA. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integral. 1989 Oct-Dic;5(4):556-64. Comunicación personal de profesor Rojas Ochoa.

en sectores sensibles de la sociedad. En estudios relacionados con la participación social y comunitaria para la solución de problemas de salud en esta etapa se identifica que en algunos casos esta se limita a la modalidad de cooperación. “Se pudiera afirmar que la gran fortaleza del Sistema de Salud disminuyó en muchos casos las formas de participación de la comunidad organizada «de tipo colaborativa», pero participación en fin de cuentas, para

dejar una gran parte de la responsabilidad en cuanto a la salud de la población en manos del médico (de familia). Pudiera pensarse que el sistema de salud no estaba en algunos momentos y territorios preparado para compartir el poder de decisión y conducción con los protagonistas y debilitó el apoyo que en un momento las organizaciones de masas brindaban.”⁴²

Consejos Populares por la salud

Los Consejos Populares surgieron en Cuba en 1988 y son una forma de gobierno estructurado en el ámbito de barrio y de pequeñas localidades y son a la vez representantes de los órganos del Poder Popular municipal, provincial y nacional. En el año 2000 la Asamblea Nacional del Poder Popular aprobó la Ley 91 de los Consejos Populares.⁴³

El artículo 38 de esta ley expresa: “El Consejo Popular, mediante métodos participativos de trabajo, coordina e integra a los delegados, las organizaciones de masas, instituciones, entidades y vecinos en general para:

- a) Identificar de forma sistemática los problemas y necesidades que afectan la comunidad y sus posibles soluciones.
- b) Organiza y promueve el esfuerzo colectivo de los vecinos para la solución de sus propias necesidades, mejorar la convivencia y la calidad de vida.
- c) Decidir la estrategia de trabajo para desarrollar, en un periodo determinado, las actividades que se propongan.
- d) Realizar la evaluación y el control de los resultados de las acciones desarrolladas.”

Los Consejos Populares, desde su creación, desempeñan una función insustituible en el proceso de participación social para la solución de los problemas comunitarios. Constituyen escenarios que los actores del sector salud deben compartir y contribuir con ellos sus conocimientos para estimular la búsqueda de soluciones de los problemas, aun cuando estén en el mismo sector salud.⁴¹ En tal sentido se refuerza el papel del movimiento de Municipios por la salud o Comunidades saludables, como espacios para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó la Red Cubana en 1994.¹⁵

En esa misma década se adoptaron formas participativas como son los Consejos de Salud Nacional, Provincial, Municipal y Consejos Populares por la Salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles. Este movimiento se desarrolló en busca de una mayor descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a través del análisis de la situación de salud y la canalización de soluciones.¹⁵

La participación comunitaria se expresa de manera directa mediante las opiniones que la población emite al delegado del Poder Popular en la circunscripción, relacionadas con las cuestiones que considere que le afectan su estado de salud o las insatisfacciones que pueda tener en relación con el funcionamiento del propio SNS. Este delegado de base es propuesto por los vecinos en cada circunscripción y luego es electo mediante el voto directo y secreto –sin candidatura única–; está en el deber de canalizar sus opiniones y darles respuesta; para ello está investido de la autoridad legal que le permite exigir responsabilidades y soluciones a los organismos o instituciones que considere responsables de los problemas que se le presentan a la población.

Con carácter semestral el delegado de cada Circunscripción se reúne con sus electores para intercambiar impresiones e información sobre su gestión de gobierno en las llamadas Asambleas de Rendición de Cuenta, que son un escenario para el desarrollo de foros de participación comunitaria. Los electores pueden comunicar sus criterios al delegado del Poder Popular directamente mediante despachos programados por este con carácter semanal o en el marco de la propia Asamblea de Rendición de cuentas.

Consideraciones finales

La creación del Sistema Nacional de Salud Único en Cuba ha sido la fuente de todos los logros posteriores: cobertura total de la población por los servicios de salud, de calidad adecuada; establecimiento de la formación ideológica, ética, humanista y profesional de los cuadros administrativos y técnicos del sistema; aplicación de la política de equidad a todos los servicios; extinción paulatina de la práctica profesional privada; desaparición del desempleo profesional en salud; surgimiento de los programas de salud dirigidos a promoción de salud y prevención de enfermedades, además de lo asistencial; avance creciente de la participación popular en las acciones de salud; desarrollo del trabajo intersectorial e interdisciplinario en el sistema y el inicio de la colaboración en salud.²⁵

En todos los momentos del desarrollo de la salud pública cubana, la planificación sanitaria ha partido de la identificación de los problemas de salud de la población y ha considerado sus dolencias y dificultades, qué determinantes son las que influyen en su estado y nivel de salud, cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad, cómo están distribuidos los servicios y los recursos de salud y en qué medida estos dan respuesta a las necesidades.⁴⁴

La propia dinámica y el desarrollo sostenido del SNS cubano y el de la propia sociedad favorecieron que en 1983 Cuba cumpliera las metas de “Salud para Todos en el año 2000” propuestas en la Conferencia de Alma Ata

Referencias bibliográficas

1. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura de la Cumbre de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados. Palacio de las Convenciones. La Habana, junio 26, 1998. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1998/esp/f260698e.html>
2. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox.7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm
3. Rojas F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 Feb [citado 2009 Oct 04]; 19(1):[aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es&nrm=iso.
4. Araujo L, Llorens J. La lucha por la salud en Cuba. México: Siglo XXI; 1985.
5. Gómez R, Klaindorf B. Cuba: interrelación hospital-médico de la familia en la APS. Educ Med Salud. 1991;25(3).
6. Riverón RL. Estrategias para reducir la mortalidad infantil, Cuba 1959-1999. Rev Cub Pediatr [Internet]. 2000 Sep [citado 2009 Oct 04]; 72(3):[aprox.18 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7531200000300001&lng=es&nrm=iso.
7. MINSAP, OPS, OMS. Análisis del sector salud en Cuba. [monografía en Internet]. La Habana; 1996. [citado 2009 Oct 04]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Analisis_Sector_Salud-Cuba.htm
8. Escalona M. El Sistema Nacional de Salud en Cuba. En: Escalona M. Temas de Administración de servicios y programas de Salud Pública. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud Pública; 1983. p. 217-33.
9. República de Cuba. Constitución de la República de Cuba. La Habana; 1976. [Internet]. [citado 2010 ene 22] Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>
10. Ruiz JR. Consolidación del Sistema Nacional de Salud Pública. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, ed. La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista especial. MINSAP/OPS/OMS; 2009.p. 19-31.
11. Unicef-UNFPA-OPS-OMS-MINSAP. El Sistema Nacional de Salud de Cuba. En: MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana; 1994.
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras. La Habana: MINSAP; 1999.
13. Escalona M. El policlínico integral. En: Escalona Reguera M. Temas de administración de servicios y programas de salud pública. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. MINSAP; 1983. p. 217-33.
14. Pérez J. Sistema Nacional de Medicamentos en Cuba. En: Centro para el desarrollo de la farmacoepidemiología. Modelo cubano de la red de farmacoepidemiología: promoción del uso adecuado de los medicamentos. La Habana: Academia; 2008. p. 88-92.
15. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, estrategias y programas. La Habana; 1998.
16. Narey B, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.

17. Hernández HP. Historia de la medicina intensiva en la provincia de Santiago de Cuba: 1971-2001. *Medisan*. 2001;5(4):3-11.
18. Ledo SR. Participación popular en salud. *Rev Cub Adm Salud*. 1984;10:3.
19. Galindo Sardiñas MA. Comunicación personal del Dr. Miguel Ángel Galindo Sardiñas, asesor del Programa Nacional de Inmunización del MINSAP; 2010.
20. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana; 1992.
21. Quintana JC, Ceja C, Gardón L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. *Rev Cub Estomatol [Internet]*. 1999 Dic [citado 2009 Oct 04];36(3): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071999000300006&lng=es&nrm=iso
22. MINSAP. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana; 2001.
23. Carreño R, Salgado L. Evolución histórica de la educación médica superior en Cuba a partir de 1959. *Educ Med Sup [Internet]*. 2005 [citado 2009 Oct 04]; 19(2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_2_05/ems08205.htm
24. Medina C, Pérez A, Cruz C, Sánchez JL. Recuento histórico de la enseñanza de la Medicina en Cuba. *MEDISAN [Internet]*. 2001 [citado 2009 Oct 04]; 5(2): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san09201.htm
25. Rojas F. La enseñanza de la salud pública a estudiantes de Medicina en Cuba. *Educ Med Sup [Internet]*. 2003 May-Jun [citado 2009 Oct 05]; 17(2): Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_2_03/ems01203.htm
26. Rojas F. La integración del sistema de salud único. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, eds. *La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista especial. MINSAP/OPS/OMS*; 2009. p. 10-8.
27. Rojas Ochoa F. Comunicación personal del profesor Francisco Rojas Ochoa. Maestro en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas, profesor de Mérito de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba y Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Salud Pública. Consultor de la OPS/OMS y del FNUAP. 2010.
28. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Anuario Estadístico de Salud*. 2008. La Habana; 2009.
29. Carreño R, Salgado L. Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior en Cuba desde 1959 hasta el 2004. *Educ Med Sup [Internet]*. 2005 [citado 2009 Oct 04]; 19(3): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_3_05/ems08305.htm
30. Ibarra EJ. Política científica nacional. *Rev Cub Salud Trabajo [Internet]*. 2003 [citado 2009 Oct 04]; 4(1-2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol4_1-2_03/rst121-203.html
31. Urra P. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas: aniversario 44 de su fundación. *Acimed [Internet]*. 2009 Abr [citado 2010 Ene 22]; 19(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000400001&lng=es.
32. Hernández J, Oramas J. El Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud Pública y su Red de Bibliotecas Médicas. *Acimed*. 1995 Ene-Abr; 3(1):15-20.

33. Del Valle D. Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas: el inicio. *Acimed* [Internet]. 2005 Oct [citado 2009 Oct 05]; 13(5): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000500012&lng=es&nrm=iso
34. Silva LC, Urra P. Learning from low income countries: what are the lessons? *Health information technology need not cost the earth. BMJ*. 2004;329:1185(13November), doi:10.1136/bmj.329.7475.1185-a
35. Urra González PA, Armenteros Vera I, Alfonso Sánchez IR, Huguet Méndez I, Dávila Carmenate O, Fernández Valdés MM, et al. Informatización de la red de bibliotecas de las unidades de la atención primaria en Cuba. *Acimed* [Internet]. 2005 Jun [citado 2010 Ene 22];13(3):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000300008&lng=es
36. Marimón N, Martínez E. La colaboración médica internacionalista. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, eds. *La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista especial. Minsap/OPS/OMS*; 2009. p. 57-68.
37. Márquez NE, Martínez B. La cooperación internacionalista cubana: labor de la brigada No. 4. Honduras, 1998-1999. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2000 Jun [citado 2009 Oct 04]; 16(3): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300012&lng=es&nrm=iso
38. González C. El médico de familia cubano y su contribución en la lucha contra el sida en África. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2002 Jun [citado 2009 Oct 04]; 18(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300013&lng=es&nrm=iso
39. Rosell W. Antecedentes de la primera misión internacionalista cubana en el campo de la docencia médica. *Educ Med Sup* [Internet]. 2006 [citado 2009 Oct 04]; 20(1): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems07106.htm
40. Lemus ER, Estévez G, Velásquez T, et al. *Campaña por la esperanza. La lucha contra el dengue*. La Habana: Editora Política; 2002.
41. Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. *La unión nos dio la victoria. Informe del Comité Central del Partido Comunista de Cuba al Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba*. La Habana; 1976.
42. Sanabria G. Participación social y comunitaria: reflexiones. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2001 Dic [citado 2009 Oct 04]; 27(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200002&lng=es&nrm=iso
43. Borroto R, Moreno AM, Corratgé H. Participación comunitaria, social y popular. En: Álvarez R, Hernández G, Báster J, García R, et al. *Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 v1. p. 522-4.
44. Sánchez L, Amaro MC. Salud pública en Cuba. En: Álvarez R, Hernández G, Báster J, García R, et al. *Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 v1. p. 1-8.

Capítulo 4

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DEL POLICLÍNICO INTEGRAL Y DEL POLICLÍNICO COMUNITARIO EN CUBA

(...) se irá cumpliendo el gran propósito de ir pasando de la medicina terapéutica a la preventiva. Es decir evitando que se enfermen los ciudadanos.¹

Dr. Fidel Castro Ruz

Policlínico integral (1964)

Antes de 1959 el organismo rector de la salud en Cuba era el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, pero su acción estaba muy limitada por la existencia de numerosos organismos autónomos, estatales, municipales y privados que tenían a su cargo diversas esferas de la salud. Entre estos organismos se encontraban el Patronato para la Profilaxis de la sífilis, lepra y enfermedades cutáneas; el Consejo Nacional de Tuberculosis; la Organización de Dispensarios Infantiles; la Organización Nacional de Rehabilitación de Inválidos y los Hospitales del Seguro de Salud y de Maternidad Obrera. Los municipios, especialmente los de la capital y los más importantes del interior del país, tenían a su cargo numerosos hospitales, dispensarios y casas de socorro.²

Desde los inicios de la creación del SNS existió preocupación por integrar esta fragmentada estructura de los servicios de salud. En el área rural donde no existían servicios este proceso se hizo más fácil. Lo primero que ocurrió fue que las unidades sanitarias creadas originalmente para desarrollar solamente acciones de atención primaria en las pequeñas ciudades o pueblos asumieron la dirección de los dispensarios de los programas verticales de tuberculosis, lepra y sífilis, que eran muy pocos, así como la de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI) que eran algo más numerosos y los integraron a la estructura del MINSAP.³

Se puso en marcha un movimiento favorable al desarrollo de la APS. Con la dirección del MINSAP e impulsada por las actividades de educación para

la salud, se generó la aparición de acciones comunitarias populares, que se expresaron primero en los puestos –o postas– médicas rurales con los colaboradores voluntarios del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP) y poco más tarde con los Responsables de Salud de los CDR y las Brigadas Sanitarias de la FMC, para las que se crearon las “Escuelas de salud”. Un apoyo a los servicios de APS lo dieron los agentes comunales –trabajadores sociales– del Ministerio de Bienestar Social, durante el periodo de vigencia de este organismo.³

En 1962 se crearon los hogares maternos con el objetivo de albergar a gestantes de difícil traslado al hospital en el momento del parto por residir en lugares lejanos. El ingreso se realizaría en fecha cercana al parto y durante este las gestantes recibirían además de alojamiento y alimentación, una atención obstétrica periódica y conocimientos en temas de salud, especialmente en materia materno-infantil, impartidos por el personal de enfermería. Al momento del parto serían trasladadas al hospital, con lo que terminaría la función de esta unidad.

De 37 hogares maternos que funcionaban en 1972, llegaron a existir 240 en 1985, en 1994 funcionaron 183 y en el año 2004 superaron los 240 en todo el país.^{2,4} Con el tiempo el hogar materno amplió su perfil al intervenir para disminuir la incidencia del bajo peso al nacer y la mortalidad infantil y materna. Sus funciones más importantes son las educativas, preventivas, asistenciales, docentes y de recreación.

También se crearon durante 1960 los hogares de recuperación nutricional con fines educativos y de rehabilitación, con carácter no hospitalario. En ellos ingresaban niños con desnutrición y tenían prioridad los menores de 1 año. La función principal de estas unidades era educativa, ya que se les enseñaba a las madres cuestiones de alimentación, higiene y puericultura en general, mediante actividades demostrativas, colectivas e individuales. La permanencia de la madre junto a su hijo en el hogar posibilitaba la labor educativa de ella. Al alta, el niño recibía un seguimiento por su área de salud.⁵

Cuando las clínicas mutualistas se integraron totalmente al SNS, toda la atención primaria recayó sobre los policlínicos integrales,⁶ en los que se desarrollaron los servicios integrales preventivos curativos para las comunidades urbanas y suburbanas.⁷

El modelo del policlínico integral (PI) se inicia en el Policlínico “Aleida Fernández Chardiet”, en el municipio Marianao, en la Ciudad de La Habana. Por sus resultados positivos se extiende al resto del país y se mantiene vigente por 10 años.

Aunque el término policlínico se utiliza en Cuba desde 1961 y en 1964 se conciben como “centro integrador de todas las acciones en la APS y con una función eminentemente asistencial”,^{3,8} es en 1965 que se organizan las áreas de salud y los policlínicos integrales, con la introducción de programas básicos con un carácter preventivo-curativo.⁹

A partir de 1968 todas las unidades básicas de área realizan actividades integrales de salud, aunque con desarrollo desigual según las circunstancias de cada área.⁸

El policlínico es la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área determinada, mediante servicios que alcanzan a individuos sanos y enfermos en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general. Esta institución atiende, además, al personal que se encuentra en los centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles y demás unidades de producción o servicios ubicados en el territorio que atiende. Adicionalmente se realizan actividades de rehabilitación y docencia. En ciertas condiciones como las que se presentan en zonas rurales adoptan una estructura que se asemeja a un hospital –rural–, por añadir camas para el internamiento de pacientes.^{8,10,11} Se concibe como la unidad básica para la prestación de servicios de salud para comunidades de 20 000 a 30 000 habitantes, con límites geográficos precisos coincidentes generalmente con la división política. Este tipo de institución es el equivalente de lo que se conoce fuera de Cuba como unidad de salud o centro de salud.

En 1969 el promedio nacional de habitantes por área de salud era de 28 966, aunque existían áreas como Calabazas de Oriente con 5 226 o Lawton con 73 630. Si algunas áreas en ese momento excedieron el número aconsejable de habitantes, se debió a que no se disponía de las edificaciones para adaptarlas y ubicar en ellas el policlínico requerido (Fig. 4.1).^{8,10}

El adjetivo de *integral* se otorga entonces al policlínico por la naturaleza preventivo-curativa de sus acciones. En esta institución los programas de salud contactaban directamente con la población a través de las actividades

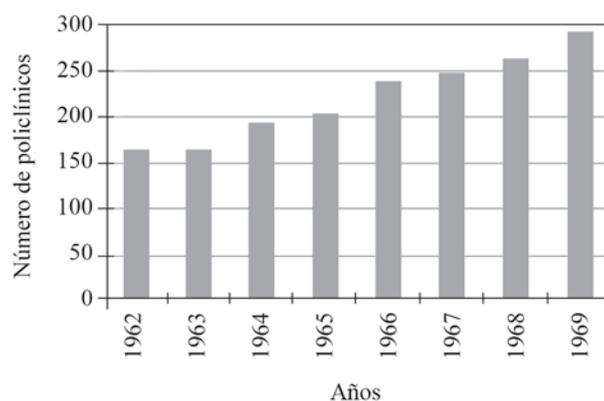


Fig. 4.1. Total de policlínicos. Cuba, 1962-1969. Elaborado por los autores a partir de: Araujo L, Llorens J. La lucha por la salud en Cuba. México: Siglo XXI, 1985.

desarrolladas por un equipo de salud constituido por médicos, estomatólogos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, trabajadores sanitarios, estadísticos —entre otros—, que programaban sus actividades siguiendo objetivos precisos y para lo cual extendían estas actividades a la población sana, llegando a la familia en su hogar, al trabajador en su centro laboral, al escolar en su escuela; en fin, a la comunidad en su conjunto, actuando sobre ella y su medio ambiente.^{8,10}

Con el surgimiento del PI como la institución fundamental en la prestación de la asistencia médica ambulatoria y la orientación preventiva de la medicina, se produjo un alza cualitativa en la salud pública cubana.⁷ Se incrementó el total de consultas por habitante, de 2,01 que se ofrecían en 1963 incluyendo consulta externa, cuerpo de guardia y estomatología a 2,82 en 1966 y a 4,06 en 1969 (Fig. 4.2).⁸

Los programas o actividades previas como los de control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, de erradicación del paludismo y del *Aedes aegypti* y otros quedaron incluidos en ocho programas.

En general los programas establecen algoritmos metodológicos sobre la frecuencia mínima de atenciones que se debe ofrecer a las personas según problemas de salud específicos y las notificaciones o coordinaciones que deben hacerse ante determinadas situaciones (Tabla 4.1).¹⁰

El programa de inmunizaciones contempla la confección de una tarjeta de vacunación para cada persona. En ella se refleja la planificación de las vacunas correspondientes y su cumplimiento y se organiza en un tarjetero, según la fecha de la siguiente dosis, lo que facilita la organización del trabajo y su control.¹² Este programa también desarrolla campañas masivas de vacunación con una activa y decisiva participación de las organizaciones de vecinos

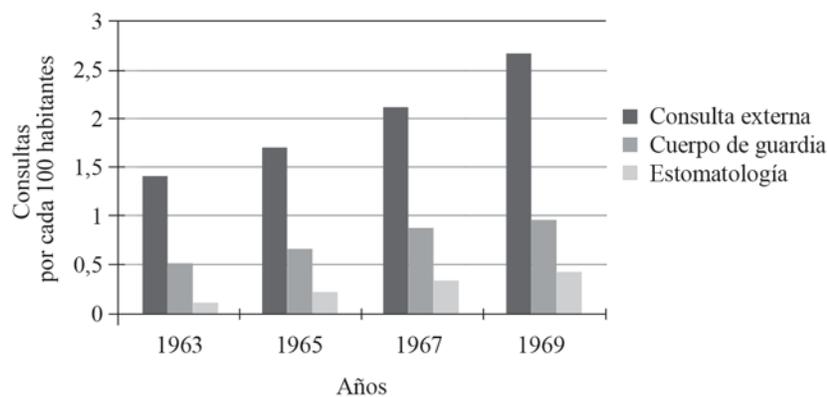


Fig. 4.2. Consultas en policlínicos (por cada 100 habitantes). Cuba, años seleccionados. Elaborado por los autores a partir de: Araujo L, Llorens J. La lucha por la salud en Cuba. México: Siglo XXI; 1985.

Tabla 4.1. Programas básicos aplicados en el policlínico integral

- Programa materno-infantil
- Programa de asistencia médica al adulto
- Programa de asistencia estomatológica
- Programa de control de enfermedades transmisibles
- Programa de higiene urbana y rural
- Programa de higiene de los alimentos
- Programa de higiene escolar
- Programa de higiene del trabajo

Fuente: Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm

a nivel de cada cuadra –también creadas en el contexto del gobierno revolucionario–. Estas importantes fuerzas comunitarias han sido los CDR y la FMC.

Adicionalmente se concibió un programa docente y administrativo. El primero de ellos contemplaba las actividades que se desarrollarían en el policlínico por los estudiantes de medicina, enfermería y tecnología e incluía la superación técnica y educacional de los trabajadores. El segundo establecía, entre otras actividades, el calendario de reuniones y de supervisiones así como las fechas de las evaluaciones parciales y finales de los programas.¹⁰

La docencia de pregrado se inició en los policlínicos integrales en el curso 1970-1971 y los estudiantes rotaban por estas instituciones durante el tiempo dedicado al estudio-trabajo.⁶

La demanda de asistencia médica por parte de la población del área se atendía en el propio policlínico. Esta atención era ofrecida fundamentalmente por médicos generales verticalizados en pediatría, ginecología y obstetricia o medicina interna o, en menor cuantía, especializados en cualesquiera de ellas. Por influencia de los epidemiólogos se aplicaba el principio de atender separadamente a los niños, a las gestantes y a los adultos.¹²

Los pacientes debían solicitar previamente un turno para ser atendidos en el mismo día y las historias clínicas se conservaban en un archivo único al cual se debía ir a buscar este documento para cada consulta.¹³ El número de turnos para cada día era limitado. Las normas establecidas para cada especialidad en ese momento consideraban un rendimiento de seis consultas por hora para ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría. Adicionalmente se estableció la plantilla para el resto de los trabajadores de cada una de las secciones (Tabla 4.2).¹⁰

Se creó la vinculación del policlínico con los diferentes niveles de servicio del SNS. Cuando los recursos del policlínico no eran suficientes para la solución de un problema de salud se apoyaba entonces en un consultorio especia-

Tabla 4.2. Personal mínimo necesario para un policlínico integral

- Un director, egresado de los cursos de Administración de salud, generalmente médico
- Cuatro internistas a 8 horas (1 por 4 400 hab. de 15 años y más de edad)
- Cinco pediatras a 8 horas diarias (1 por 2 500 hab. menores de 15 años de edad)
- Dos obstetras-ginecólogos a 8 horas diarias (1 x 4 300 mujeres) (15 años y más)
- Cuatro estomatólogos a 8 horas (1 x 7 000 hab.)
- Un psicólogo
- Un farmacéutico
- Una enfermera, jefa de sección, egresada de los cursos de administración
- Diez auxiliares de enfermería de terreno (1 por sector o por cada 3 000 hab.)
- Una enfermera obstetra
- Tres o cuatro auxiliares de enfermería en consultorios o vacunatorios
- Un técnico de laboratorio clínico por cada 7 500 hab.
- Un trabajador sanitario, jefe de sección
- Cinco trabajadores sanitarios (1 por 6 000 hab. o por cada dos sectores)

Fuente: Rojas Ochoa F. El Policlínico. Dirección de Estadísticas. MINSAP. Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de La Habana; 1971.

lizado de su hospital base o en la hospitalización misma, en un laboratorio de microbiología, etc., según los principios y normas de la regionalización.^{8,11}

La atención de terreno –visitas domiciliarias– se ofrecía por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios. De conjunto, se ocupaban de la solución integral de los problemas de salud de la época que predominantemente estaban constituidos por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles, entre otras. En 1968 las áreas de salud se subdividieron en sectores geográficos de 3 000-5 000 habitantes fundamentalmente para la actividad de terreno y las de higiene y epidemiología que incluyeron la lucha antivectorial. En este contexto surgió el médico y la enfermera del sector.⁹

En determinado momento también se ofrecía el servicio de atención médica a domicilio a personas que la demandaban con cierta urgencia y que presentaban dificultad para trasladarse al policlínico. La visita se solicitaba generalmente por teléfono y los médicos que realizaban esta tarea –en horas de la tarde y la noche–, debían efectuar diariamente 15 visitas y junto a las prescripciones del caso podían decidir un ingreso hospitalario. Esta actividad se realizaba sin la participación de las enfermeras. A cada médico de visitas se le proveía de un automóvil y se le financiaba el combustible y otros gastos de transporte, razones por las que el programa resultaba un tanto costoso. A una aceptación inicial siguió un desinterés de la población que prefirió acudir a los servicios de urgencia hospitalarios.³

Para el desempeño de sus funciones, el director contaba con dos grupos asesores-coordinadores: el Consejo de Dirección y la Comisión de Salud del

Pueblo. El primero era presidido por el director y se componía de los jefes de secciones y el representante del sindicato; no tenía funciones ejecutivas. La Comisión de Salud del Pueblo la integraban los representantes de las organizaciones de masa del área de salud y también era presidida por el director del policlínico.¹⁰

Las secciones en las que se estructuró el policlínico fueron: consulta externa, enfermería, trabajo sanitario, medicamentos, estadística, servicios administrativos y cruz roja.¹⁰

En 1966 se produjeron dos documentos metodológicos que establecieron las normas y funciones del policlínico integral y de sus profesionales y técnicos. En ellos se definieron los conceptos básicos sobre el área de salud, el sector, el policlínico integral y se explicaron los procesos esenciales que se irían a desarrollar. También se definió el policlínico en términos administrativos –unidad ejecutora, porque ejecutaba un presupuesto propio–, se estableció su estructura orgánica y su plantilla mínima de personal, se enumeraron los programas propios del policlínico y se detallaron las funciones del director y de los otros funcionarios, de los especialistas y de modo más preciso, las funciones del personal de enfermería de terreno.³

Se comenzó a trabajar de manera uniforme con las estadísticas, no solamente a nivel de policlínico, sino a nivel de país. Se presentaba la información tabulada con desglose según espacios, grupos de edad, enfermedad y series cronológicas, que eran actualizadas cada mes –o semanalmente para algunas variables priorizadas como por ejemplo, la mortalidad infantil–. También se comenzaron a registrar todas las acciones propias de los programas en ejecución, en forma de meta, resultado y cumplimiento. Estos instrumentos desarrollaron en poco tiempo una alta disciplina estadística, mejoraron la cobertura y calidad de los registros primarios, la rapidez en el procesamiento de la información y desarrollaron la capacidad de análisis de los responsables de la institución y de sus programas (Tabla 4.3).³

También se promovió que varias de estas instituciones tuviesen responsabilidades docentes, lo que condicionó que los recursos humanos, dedicados a la asistencia, desarrollasen actividades docentes y de investigación. Se definió que debía existir un profesor a tiempo completo, para cada una de las asignaturas básicas –Pediatria, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna– y que en esos centros el personal médico debía estar constituido por personal en formación –residentes– en cada una de esas especialidades. Para ese personal se estimaron los siguientes indicadores: 1000 niños por residente de pediatría, 2 000 adultos por residente de medicina interna y 2 000 mujeres mayores de 15 años por un residente de ginecología y obstetricia. El estudiante de medicina en sus dos primeros años pasaba parte de su tiempo en estos centros en funciones de enfermería de terreno y trabajador sanitario.⁵

Tabla 4.3. Innovaciones en la salud pública cubana introducidas con el policlínico integral

- Adopción de la carpeta familiar
- Sectorización de la población
- Implantación de programas orientados según daño o enfermedad
- Estímulo a la participación comunitaria
- Programa de inmunizaciones
- Educación sanitaria
- Vigilancia epidemiológica
- Inspección sanitaria
- Tendencia a la integración de la asistencia con la promoción y la prevención en salud

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox. 7 p] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm

Los policlínicos integrales coexistieron hasta 1968 con la atención prestada por las clínicas mutualistas integradas que atendían a un millón de personas –de los siete millones de habitantes que residían en el país en ese momento.

Su mayor éxito fue el de disminuir ostensiblemente la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa de reducción de la mortalidad infantil. En los 10 años de existencia de los policlínicos integrales se redujo este último indicador en el 50 %.³

En los años de la década de 1970 se pusieron de manifiesto cambios favorables en el estado de salud de la población, dado los avances en la cobertura de salud, el incremento de instituciones, el desarrollo de la higiene y epidemiología, conjuntamente con el desarrollo social y económico del país.⁷

El modelo del policlínico integral y todo lo relativo a la APS se revisó 10 años después y se identificaron las siguientes limitaciones:^{3,11}

- Aunque el policlínico mantenía cierta integridad en su conjunto, las acciones se desarrollaban de modo compartimentado por los distintos profesionales y técnicos que conformaban el equipo de salud. No se trabajaba en equipo.
- Las acciones del médico en el policlínico eran predominantemente curativas.
- Había inestabilidad en el personal profesional.
- Se detectaron excesivas remisiones de pacientes al nivel secundario –escasa resolutivez– y sobrecarga de los cuerpos de guardia hospitalarios.
- Se ejercía una influencia negativa de la formación médica en el escenario hospitalario para el posterior desempeño en el ámbito comunitario.
- Existían pocas posibilidades para realizar actividades docentes y de investigación en el ámbito del policlínico.

- Las bases estructurales de los policlínicos eran deficientes.
- A pesar de los logros alcanzados en la participación comunitaria se consideraba que la fuerza creadora de la comunidad no se había utilizado al máximo de sus posibilidades.
- La valoración social del médico que laboraba en el nivel primario no era proporcional con la de los restantes especialistas que se desempeñaban en otros niveles de la organización.

Tanto en los hospitales rurales, como en los policlínicos integrales se desarrollaban actividades que años después se identificaron claramente como de APS, aunque el término y el concepto no habían aparecido en ese momento. La fortaleza de estos centros estaba en la integración de la asistencia y rehabilitación –lo clínico– con la promoción y prevención –higiene y epidemiología.³

El policlínico integral centró sus acciones en curar y cuidar de las personas que llegaban al sistema –reducir la mortalidad, tratar las enfermedades y reducir la invalidez– y en la protección de la población mediante vacunación junto a medidas de higiene ambiental que tuvieron gran impacto médico sanitario.¹¹ Fue considerado, por su dinamismo, funciones y ubicación, como elemento fundamental de vinculación de la comunidad y la organización de la salud pública.⁷

Policlínico comunitario (1974)

La búsqueda de nuevos procedimientos que dieran respuesta a las necesidades de la población y la propia madurez del sistema de salud dio paso a un nuevo modelo de atención. En 1974 se desarrollaron los policlínicos comunitarios, que acercaron las especialidades básicas a la comunidad, con un mayor enfoque preventivo, pero manteniendo la organización por sectores. La experiencia se ensayó de forma experimental en el Policlínico Alamar, del municipio Habana del Este, en Ciudad de La Habana.

Los elementos esenciales del modelo de APS del policlínico comunitario fueron: integral, sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con participación activa de la comunidad (Tabla 4.4).¹³⁻¹⁵

La *atención es integral* porque considera tanto los aspectos curativos y biológicos como los preventivos, psicológicos, sociales y las condiciones del ambiente físico en interacción con el individuo y su colectividad, lo que condiciona el proceso salud-enfermedad.

La *regionalización* estableció el tipo de interrelación organizativa entre los distintos niveles de la organización de salud pública y en especial entre el policlínico y los hospitales regionales. El médico y el equipo eran responsables

Tabla 4.4. Cambios fundamentales del modelo del policlínico comunitario en relación con el policlínico integral

- Atención a todos los pacientes según la demanda diaria, sin límites en la cantidad de turnos
- Historias clínicas archivadas en el propio consultorio del sector
- Atención sectorizada, con sus correspondientes especialistas en pediatría, ginecobstetricia y medicina interna
- Concepto de equipo de salud y búsqueda de una actitud de equipo
- Atención continuada
- Atención dispensarizada
- Interconsultas
- El policlínico se convierte en escenario docente y para la investigación, con la presencia de profesores y residentes
- Diagnóstico de salud del sector

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Díaz J, Fernández JA. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cub Med Gen Integral. 1989 Oct-Dic;5(4):556-64. Castellanos I. Policlínico de la comunidad: en el camino de ofrecer la mejor atención médica. Rev Cub Adm Salud. 1978;4:3.

de atender a un *sector* determinado de la población de manera *continuada* a lo largo del tiempo y en los diferentes escenarios en los cuales esta realizaba sus actividades dentro del área de salud. Al conocer el universo de su trabajo, el médico y su equipo ofrecían *atención dispensarizada* al establecer las prioridades en el seguimiento de su población con padecimientos agudos y pacientes con enfermedades crónicas^{5,13}

El término *dispensarización* –en referencia al proceso de la atención dispensarizada– se empleó oficialmente desde el inicio de este modelo de medicina en la comunidad; este componente unido al de la sectorización constituyó uno de los hechos más significativos dentro de este modelo.¹⁶

Otra innovación fue la introducción del concepto de equipo de salud y la búsqueda de una actitud de equipo. En este caso se consideraba a todo el personal del policlínico como integrante del equipo de salud del área. El equipo primario, en cambio se definía como el colectivo reducido que se constituía para realizar una tarea específica. Para asegurar el trabajo integral de los equipos en su dinámica de trabajo se contemplaban medidas como la coordinación entre los equipos primarios y los trabajadores sanitarios y también el desarrollo de acciones con la intervención de los trabajadores sociales.¹⁷

La *sectorización* de la población incluía las acciones propias de la asistencia médica considerando que la atención médica primaria descansaba en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y estomatología.^{5,18} El policlínico era dotado de estos especialistas para atender sectores de población específicos. Debido a la composición por edades de la

población, mientras el pediatra y el internista atendían cada uno un sector de 1000 habitantes, al ginecobstetra le correspondían dos sectores en relación con la incidencia de los embarazos, además de su trabajo en la maternidad.²

A cada uno de estos especialistas se le asignaba un local como consultorio dentro del propio edificio del policlínico, en el cual se custodiaban las historias clínicas de sus pacientes. Este método, en contraste con el establecido en el policlínico integral, simplificaba el uso de este documento eliminando los extravíos y la necesidad de solicitar turnos con anticipación. El paciente acudía directamente a la consulta de su médico y esperaba ser atendido.²

Las *interconsultas* se desarrollaban semanalmente en horas de la tarde entre el facultativo de medicina interna y de otras especialidades –ortopedia, dermatología, psicología, psiquiatría, etc.– para analizar de conjunto determinados casos a petición de aquel. En un principio se convocaba a un elevado número de pacientes para esa actividad, pero progresivamente se disminuyó esta carga en la medida en que los facultativos de medicina interna fueron dominando los algoritmos diagnósticos y terapéuticos correspondientes con los problemas de salud frecuentes de cada especialidad. La interconsulta amplió el marco del conocimiento del médico del sector y, por tanto, su capacidad resolutive, mejoró la calidad de la atención médica y permitió que los especialistas verticales se concentraran en casos de mayor complejidad en sus respectivas especialidades.¹³

Se elevó la calidad de la atención en la *visita domiciliaria*, las instalaciones infantiles, escolares y laborales. Además del personal de enfermería y el trabajador sanitario, a esta actividad se incorporó el médico. El terreno se dedicaba entonces a visitar pacientes dispensarizados –con padecimientos agudos o crónicos–; visitar a pacientes hospitalizados; atender los problemas detectados por el trabajador sanitario; visitar los círculos infantiles o jardines de la infancia –los pediatras– y contactar con los líderes de las organizaciones de masa en la comunidad para conocer el funcionamiento del trabajo por la salud y apoyarlo.¹³

La *interrelación* que se establecía entre el policlínico con los distintos niveles de servicios de la organización que contaban con recursos más calificados –hospitales regionales, laboratorios de higiene-epidemiología, etc.–, permitía la remisión a estos centros de aquellos habitantes del área de salud que lo requerían, y se ponían a su disposición todos los recursos existentes en la organización de salud pública en el momento que fuese necesario –regionalización.⁵

También se desarrolló un *modelo docente* para la formación del personal de salud en el propio contexto comunitario que perfeccionó la enseñanza de pregrado en los aspectos relacionados con la APS. Profesores de Pediatría, Medicina Interna y Obstetricia pasaron a trabajar al policlínico en función

docente-asistencial por periodos mínimos de 1 año. Los equipos de salud se formaban de acuerdo con los perfiles de graduación de los profesionales; de manera que en el último año de la carrera, el médico se orientaba hacia una de las especialidades básicas y realizaba su internado verticalizado en pediatría, medicina u obstetricia.²

Adicionalmente se desarrolló la experiencia docente-metodológica cubana para analizar la situación de salud comunitaria como habilidad básica que debían dominar los residentes de pediatría, medicina interna y ginecología y obstetricia; este proceso se conoce como el *diagnóstico de salud del sector*. Consiste en la confección de un documento con la caracterización de la situación de salud del área desde una perspectiva integral, en el cual se considera el ambiente entre los problemas de salud.¹⁹ Este procedimiento implicaba tres etapas fundamentales:²⁰

1. Identificación y priorización de problemas y necesidades de salud.
2. Análisis para la determinación de sus factores causales y de riesgo.
3. Planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar solución a los problemas.

El diagnóstico de salud se confeccionaba con una periodicidad semestral. El resultado de este informe era expuesto por el médico del sector en una reunión con la comunidad. En un segundo momento de ese encuentro se promovía un intercambio activo del equipo de salud primario –médico y enfermera del sector– con la comunidad, sobre los aspectos más importantes que gravitaban sobre la salud de la población.¹⁹

Las tareas fundamentales que debían desarrollar los policlínicos comunitarios se encaminaban hacia el cumplimiento de *programas básicos del área*, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al medio (Tabla 4.5).¹⁷

Además de brindar atención preventivo-curativa al individuo, el policlínico comenzó a proyectar acciones de salud hacia la comunidad. Se estimulaba y coordinaba la participación activa de la comunidad en la protección de su salud y en ello la educación para la salud desempeñaba un papel fundamental, que contemplaba acciones de apoyo a la organización del trabajo en el policlínico y el reparto de documentación con información relativa a la organización de los servicios de salud.

Como resultado de esta estrategia el cuadro sanitario de Cuba se transformó radicalmente y al finalizar la década del 80 todos los cubanos tenían acceso pleno a los servicios de salud. Entre los años 1974 y 1984:²¹

- El número de policlínicos se incrementó de 326 a 403.
- Las clínicas estomatológicas se incrementaron de 98 a 148.
- Los hogares maternos se incrementaron de 61 a 103.
- El número de habitantes por médico descendió de 1119 a 486.

- El número de habitantes por estomatólogo se redujo de 4 516 a 2 113.
- El personal de enfermería se incrementó de 20,9 a 39 por 10 000 habitantes.
- Las instituciones de salud se incrementaron de 868 a 1183 y se diversificaron los servicios.
- Se redujo el índice de bajo peso al nacer de 11,7 a 7,9.
- Se redujo la mortalidad materna directa de 58,1 a 31,3 por 100 000 nacidos vivos.
- La mortalidad infantil disminuyó de 29,3 a 15,0 por cada 1000 nacidos vivos.

Sus éxitos principales fueron: la disminución de la mortalidad infantil, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y las actividades de control de las enfermedades epidémicas.

El modelo del policlínico comunitario no se instauró de manera uniforme ni óptima en todos los centros. En la práctica se identificaron las limitaciones siguientes: ^{2,11,13.}

- No haber logrado constituir verdaderos equipos de trabajo o no poder adoptar ese estilo de trabajo.
- Dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas e inadecuada sectorización de la población. El número de personas por sector en los policlínicos no docentes era excesivo, con so-

Tabla 4.5. Programas ejecutados en el policlínico comunitario

- Programa de atención a las personas:
 - . Programa de atención integral al niño
 - . Programa de atención integral a la mujer
 - . Programa de atención integral al adulto
 - . Programa de atención integral estomatológica
 - . Control epidemiológico.
- Programa de atención al medio ambiente
 - . Higiene urbana y rural
 - . Higiene de los alimentos
 - . Medicina del trabajo
- Programa de optimización de los servicios
- Programa administrativo
- Programa docente y de investigación

Fuente: Rojas F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 Feb [citado 2009 Oct 04]; 19(1):[aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es&nrm=iso.

brecarga y demoras en los servicios de rayos X o laboratorio clínico, con la consiguiente fuga de pacientes procurando atención hacia el cuerpo de guardia del propio policlínico o los hospitales, en los que la atención podría ser más inmediata y en ocasiones con mayor calidad.

- Deficiencias en las actividades de promoción de salud y en las modificaciones en el estilo de vida.
- No se logró el objetivo de la verdadera evaluación integral a las personas que permitiese explicar sus múltiples molestias, pues seguía predominando el enfoque técnico-biológico en la práctica médica.
- Déficit de recursos humanos calificados para trabajar en el nivel primario de atención médica, con inestabilidad del personal médico en el policlínico, debido a que la mayoría pertenecía a la plantilla del hospital y brindaba un número limitado de consultas en el nivel primario.
- Inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes.
- Remisiones incorrectas hacia los especialistas del nivel secundario que constituían un freno al desarrollo de esas especialidades al tener que atender situaciones que debían resolverse en el nivel primario.
- Acentuado desequilibrio entre el desarrollo de los hospitales y el policlínico. Déficit de recursos materiales en los policlínicos.
- Creciente número de especialistas para la atención secundaria, frente a la indefinición del tipo de médico para el nivel primario. La formación del médico hasta ese momento no se ajustaba al desempeño adecuado de sus funciones una vez graduado en la organización de salud pública; los patrones de formación continuaban teniendo como base al hospital.
- La atención a la familia quedaba fraccionada en tres especialistas. No había enfoque familiar en la atención médica y la proyección del equipo de salud hacia la familia era pobre.
- Insatisfacción de la población.

Entre sus incuestionables ventajas se destaca que el policlínico comunitario desarrolló un trabajo de más calidad que su modelo precedente, no solo en la morbilidad declarada, sino que encaminó sus acciones de salud hacia la detección de la morbilidad oculta: cuidar y curar aquellas personas que no concurrían a consulta o que desconocían alguno de sus padecimientos. También incluyó en su accionar a individuos sanos pero con peligro de enfermar por estar expuestos a determinados factores de riesgo y se comenzó a trabajar con la morbilidad social. El modelo de medicina en la comunidad, con la sectorización, la atención continuada, la dispensarización y el desarrollo de programas integrados de salud, responde a esos objetivos.¹¹

Referencias bibliográficas

1. Castro F. Discurso pronunciado en la apertura del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. Marianao. La Habana. 17 de octubre de 1962. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1962/esp/f171062e.html>
2. De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para Todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social; 2005.
3. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. [Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2009 Oct 01]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 1994. La Habana; 1995.
5. Araujo L, Llorens J. La lucha por la salud en Cuba. México: Siglo XXI; 1985.
6. Ruiz JR. Consolidación del Sistema Nacional de Salud Pública. En: Guido L, Marimón N, González R, Jiménez L, Zequeira A, eds. La OPS reconoce los logros de la salud pública cubana. Revista especial. MINSAP/OPS/OMS; 2009. p. 19-31.
7. Delgado G. Policlínico integral preventivo curativo (1964). Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Oct 04]; (103): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782008000100007&lng=es&nrm=iso
8. Rojas F. El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. Rev Cub Med. 1971 Mar-Abr;110:207-25.
9. Gómez R, Klaindorf B. Cuba: interrelación hospital-médico de la familia en la APS. Educ Med Salud. 1991;25(3).
10. Rojas F. El Policlínico. Dirección de Estadísticas. Minsap. Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de La Habana; 1971.
11. Díaz J, Fernández JA. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cub Med Gen Integral. 1989 Oct-Dic;5(4):556-64.
12. Rojas Ochoa F. Comunicación personal del profesor Francisco Rojas Ochoa. Maestro en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas, profesor de Mérito de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro Titular de la Academia de Ciencias de Cuba y Miembro de Honor de la Sociedad cubana de Salud Pública. Consultor de la OPS/OMS y del FNUAP. 2010.
13. Castellanos I. Policlínico de la comunidad: en el camino de ofrecer la mejor atención médica. Rev Cub Adm Salud. 1978;4:3.
14. Escalona M. La medicina en la comunidad. En: Escalona Reguera M. Temas de administración de servicios y programas de salud pública. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud Pública; 1983. p. 275-93.
15. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. Minsap. s/f. s/l. (Mimeógrafo, pp. 10-12).
16. Escalona M. La dispensarización en el Sistema Nacional de Salud. Rev Cub Adm Salud. 1984;10:3.

17. Rojas F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2003 Feb [citado 2009 Oct 04]; 19(1):[aprox. 5 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es&nrm=iso.
18. UNICEF-UNFPA-OPS-OMS-MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana; 1994.
19. Ledo, SR. Participación popular en salud. *Rev Cub Adm Salud*. 1984;10:3.
20. Narey B, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.
21. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf

Capítulo 5

MODELO CUBANO DE MEDICINA FAMILIAR (1984-2002)

(...) nunca una idea o un programa de salud se desarrolló tanto y tan rápido, ni ha producido tantos frutos, como esta idea y este programa del médico de la familia.¹

Dr. Fidel Castro Ruz

Introducción

Durante los primeros años de la década de los 80 existe en Cuba la preocupación por adecuar la atención de salud a la realidad epidemiológica del país, en la que la morbilidad y la mortalidad están mayormente asociadas a las enfermedades crónicas no transmisibles.² Como consecuencia del desarrollo histórico de la atención ambulatoria y tomando en cuenta el contenido de la Declaración de Alma Ata, la dirección del país comienza a analizar la posibilidad de abarcar con la dispensarización (ver capítulo 4) a toda la población –incluyendo a la aparentemente sana o en riesgo de enfermar–, lo que no se había logrado en ningún país de América.³

El presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Dr. Fidel Castro Ruz, inicia en el país un proceso de transformación de la conciencia médica, académica y política, hacia la comprensión de la necesidad de formar un nuevo tipo de profesional de la salud acorde con el desarrollo social y los avances de la revolución científicotécnica. Concretamente, propone e impulsa en la sociedad un cambio radical en la práctica de la MG en el país, que se extienda de la individualidad a la familia y de esta a la colectividad; de la ciencia biológica a la social. Fidel defiende la idea de hacer de la generalidad una especialidad y lo que es más importante, continuar el paso de la medicina de la enfermedad a la medicina de la salud.⁴

Se requería de un personal médico especializado en la práctica de la MG, pero capaz de enfrentar y solucionar con un enfoque integral los problemas

de salud que con mayor frecuencia se presentan en el ámbito familiar y comunitario. En el curso escolar 1982-1983 se crea el primer contingente del Destacamento de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay” que aglutina a los jóvenes estudiantes seleccionados por su rendimiento académico y sus condiciones ético-humanistas, de entre los aspirantes a las carreras de Medicina y Estomatología que culminan el preuniversitario. Desde entonces, este destacamento se fortalece cada año con la incorporación de un nuevo contingente.^{2,5}

En 1983 se comienza una novedosa experiencia en áreas del policlínico “Lawton” perteneciente al municipio 10 de Octubre en la Ciudad de La Habana. Durante varios meses se entrenan en esa institución de salud diez médicos e igual número de enfermeras en técnicas y procedimientos acordes con el tipo de trabajo comunitario que debían desarrollar como médicos y enfermeras de familia. En la noche del 3 de enero de 1984 estos profesionales son presentados oficialmente ante su comunidad y al día siguiente se abren las puertas de los consultorios. Por ello, el 4 de enero de 1984 se considera como el día del nacimiento del modelo cubano de medicina familiar.⁶

Para ese momento se avanza en Cuba en el terreno del rediseño curricular de la carrera de Medicina, con vistas a garantizar un perfil de médico general básico con una sólida formación profesional acorde con estos requerimientos. El profesor de mérito Fidel Ilizástigui Dupuy (1924-2005), fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud –considerado la figura máxima de la educación médica cubana de todos los tiempos–, coordina un equipo de prestigiosos profesores de las ciencias médicas para elaborar un nuevo plan de estudios para la carrera de Medicina que mantiene la concepción de la educación en el trabajo como método y forma predominante de enseñanza-aprendizaje, con carácter científico y académico, en interacción con el objeto de estudio en los propios escenarios donde transcurre la atención de salud.^{7,8}

Con este fin se examinan las experiencias, enfoques y contenidos más avanzados en la formación médica de diversos países y se asumen los más apropiados a la realidad del país, se evita la subespecialización y la manera fragmentada de ver al paciente, en busca de una atención más integral. En el curso escolar 1985-86 se pone en vigor el nuevo plan de estudios para la formación de un médico general básico orientado hacia la APS.^{2,5,7,8}

Mientras este personal está en formación se ofrece a los recién graduados ubicación laboral como médicos y enfermeras de familia. Para potenciar el desarrollo del nuevo modelo y asegurar la aplicación de los principios de la dispensarización a la totalidad de la población se construyen en pocos años miles de módulos de consultorios médicos de la familia (CMF) –que incluyen la casa del médico y la enfermera–; también se habilitan consultorios médicos en escuelas, círculos infantiles, centros laborales y de asistencia social. La medicina familiar se extiende rápidamente por toda Cuba (Fig. 5.1).^{3,9}



Fig. 5.1. Consultorio médico de la familia.

Esta estrategia posibilita que para el año 1992, a solo 8 años de iniciada la experiencia, Cuba contara con 18 503 médicos de familia (17,1 por 100 000 habitantes) y que al finalizar el siglo xx, existieran 30 133 de ellos y un número similar de enfermeras, quienes prestan sus servicios al 99,1 % de la población cubana (Fig. 5.2).¹⁰

Sin embargo, a lo largo de la década de los 90, el país enfrenta una compleja situación económica derivada por el bloqueo económico que el gobierno de los Estados Unidos impuso al pueblo de Cuba desde 1962 y agravada por la desaparición del campo socialista. En tal situación la sociedad toda, sus estructuras y sus valores son impactados por la crisis y como parte de ella, el sector de la salud también sufre graves afectaciones. La medicina familiar enfrenta el reto de crecer en medio de un contexto en el que se detiene la construcción de consultorios y escasean hasta los más elementales insumos y materiales utilizados en el trabajo diario, pero en el que está garantizado el capital humano que comenzó a formarse desde finales de la década anterior.¹¹

Los médicos y enfermeras de familia recién formados se diseminan por todo el país; muchos de ellos comienzan su vida laboral ubicados en locales adaptados como consultorios en el contexto de las propias comunidades en las cuales laboran. La amplia cobertura lograda con médicos y enfermeras de familia por toda la nación se erige entre los factores clave que aseguran la estabilidad del país, su capacidad de resistencia y de reorganización. El mérito

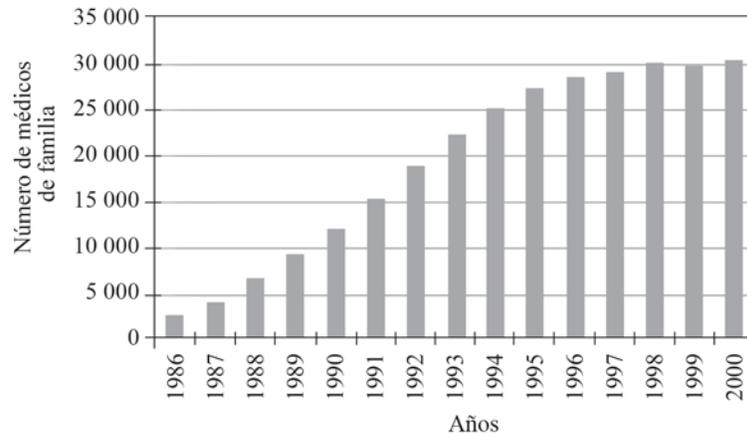


Fig. 5.2. Total de médicos de familia. Cuba, 1986-2002. Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf

fundamental del modelo está en haber sobrevivido a esa etapa y haber garantizado en gran medida la atención médica comunitaria que fue posible ofrecer en cada lugar con los escasos recursos disponibles.¹¹

Esta parte del libro pretende mostrar el modelo tal como fue concebido, puesto en práctica y desarrollado a partir de las enseñanzas derivadas de la propia experiencia. Se expone el modelo sanitario –básicamente– desde la prestación de los servicios y se esbozan elementos relacionados con la gestión y el financiamiento. De su lectura no debe interpretarse que fue aplicado en cada consultorio médico ni en cada área de salud del país, exactamente como está descrito aquí; tampoco debe considerarse que haya permanecido estático en el tiempo.

Si bien la cobertura con los equipos básicos de salud en las comunidades alcanzó en muy poco tiempo casi la totalidad de la población del país, existieron disparidades entre regiones, provincias y municipios, en cuanto a la interpretación, comprensión y compromiso con los fundamentos de la medicina familiar. También existieron diferencias en la aplicación de las estrategias de trabajo y lineamientos fundamentales emanados de la experiencia en Lawton; en el completamiento de los GBT, y en el nivel alcanzado en la formación del recurso humano, tanto en el pregrado como en la residencia de Medicina General Integral o en el nivel de eficiencia y organización logrado en la interrelación del nivel primario con los niveles secundario o terciario. Puede afirmarse que la calidad de los procesos vinculados al modelo no tuvo el mismo nivel en todas las áreas, a pesar de la voluntad y de los esfuerzos por alcanzar este propósito.^{9,12-14}

Estructura y funcionamiento

Policlínico con médico y enfermera de familia

Para la introducción del modelo cubano de medicina familiar se utiliza la capacidad instalada en los policlínicos comunitarios, por lo que en esta nueva espiral de desarrollo se mantienen los servicios básicos que se ofrecían en aquellos y se incorporan importantes transformaciones entre las que se destaca la transición que tiene lugar en el principio de la sectorización.

En el nuevo modelo, el sector deja de ser la estructura básica del trabajo por la salud en la comunidad. Los especialistas de pediatría, ginecología y obstetricia y medicina interna pasan a integrar un equipo multidisciplinario denominado Grupo Básico de Trabajo (GBT) conformado por 15-20 Equipos Básicos de Salud (EBS) y cada uno de ellos por un médico y un enfermero de familia (MEF). También se incorporan al GBT otros profesionales que mantienen entre sí estrechos vínculos de trabajo en función de contribuir a solucionar los problemas de salud que presente la comunidad bajo su atención. En los primeros años los GBT son dirigidos por algunos de los especialistas de las especialidades básicas. En la medida que ha aumentado el número de especialistas en medicina general integral, estos han ocupado puestos de dirección en los GBT y también en los policlínicos y en los niveles municipal, provincial y ministerial (Tabla 5.1).

El policlínico permanece como la unidad básica que brinda servicios de salud de nivel primario gratuitos a una población territorialmente definida, que en la práctica oscila entre 7 000 y 45 000 habitantes. Esta variación está en correspondencia con la extensión territorial y las características geográficas del área de salud que se le asigna (ver capítulo 3); también en función de

Tabla 5.1. Integrantes del grupo básico de trabajo

- 1 Especialista en medicina general integral (jefe)
- De 15-20 equipos básicos de salud
- 1 Pediatra
- 1 Ginecobstetra
- 1 Internista
- 1 Estomatólogo
- 1 Psicólogo
- 1 Supervisor de enfermería
- 1 Trabajador social

Nota: En algunas áreas se ha vinculado al GBT un técnico en estadísticas y un técnico en higiene y epidemiología.

Fuente: Elaborado por los autores.

estas características varía su presupuesto, el número de servicios que se prestan, el número de GBT y de consultorios y, por supuesto, el de trabajadores. Los policlínicos se erigen como centros integradores y de coordinación de los servicios de salud, de la administración, docencia e investigación en cada territorio.¹⁴

En el policlínico existe una vicedirección de asistencia médica que va siendo ocupada por especialistas en medicina general integral a medida que madura la especialidad. En esta se jerarquiza la ejecución de actividades de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Las acciones de atención integral a la salud se desarrollan al nivel individual, familiar, grupal y comunitario con un enfoque biosicosocial, en correspondencia con los principios de la salud pública socialista. Como norma, cada policlínico cuenta con servicios de urgencia –consultas de urgencia, área de curaciones, inyecciones–; medios diagnósticos –rayos X, laboratorio clínico y electrocardiografía–; consultas externas de medicina general integral, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, equipo multidisciplinario de atención gerontológica –todas estas ofrecidas por personal propio del policlínico– y consultas externas de especialidades no básicas –ofrecidas por médicos provenientes de los hospitales base–; salud mental –psiquiatría, psicología, y psicometría–; enfermería –prevención de cáncer cervicouterino y de ITS, vacunatorio, esterilización–; trabajo social; podología; medicina natural y tradicional; servicios especializados de planificación familiar –que se introducen progresivamente en la red de policlínicos–, y optometría.¹⁴ Con excepción del servicio de urgencia que funciona las 24 horas del día, el horario de trabajo en estas instituciones es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Como norma, las consultas externas que no son de MGI se desarrollan en el policlínico durante la sesión de la tarde.

Los policlínicos son, a su vez, unidades de docencia de pregrado, posgrado y perfeccionamiento médico, donde se concretan actividades específicas de los estudiantes de medicina en su rotación por el nivel primario de atención médica y las contenidas en el programa de especialización en MGI. Aplicando el principio de la unidad de la asistencia, docencia e investigación, los propios médicos y enfermeras del policlínico asumen el cometido de formar a las nuevas generaciones de profesionales de la salud, simultaneando su actividad asistencial e investigativa con la docente. La investigación que se desarrolla en el nivel primario orienta sus líneas fundamentales a dar respuesta a los problemas locales y nacionales del sector. En los inicios del modelo no se contempla la figura del vicedirector docente; sin embargo, en la misma medida en que se desarrolla y fortalece la actividad docente de las áreas de salud, se fue haciendo necesaria esta figura hasta incorporarse oficialmente a la estructura.

En cada policlínico existe una vicedirección de higiene y epidemiología subordinada administrativamente a la dirección del centro. Esta área es atendida por un especialista en esa rama o, en su defecto, por un especialista en

medicina general integral debidamente capacitado, al que se subordinan otros especialistas y personal técnico cuyo número varía de acuerdo con las características higiénico-epidemiológicas del territorio y las disponibilidades reales de personal. Este subdirector jerarquiza técnica y metodológicamente los procesos vinculados a su actividad dentro del área de salud que incluye acciones integrales higiénico-epidemiológicas y la ejecución de los programas nacionales de prevención (ver capítulo 3).¹⁵

Toda la actividad de higiene y epidemiología en la comunidad se estructura en dos niveles, el primero de los cuales lo constituyen los médicos y enfermeras de familia y los grupos básicos de trabajo. El segundo lo integra el centro o unidad de higiene y epidemiología municipal que abarca a la totalidad de las áreas de salud de un municipio con las cuales mantiene estrechos vínculos de trabajo para garantizar el control epidemiológico de las comunidades y su medio ambiente.¹⁵ Este tipo de unidad funge como centro de procesamiento y análisis de la información que tributan las áreas de salud; evalúa la conducción de los programas de las áreas y coordina acciones epidemiológicas al nivel municipal, entre otras. Las acciones que derivan de esta actividad tienen espacios de concertación en las estructuras de gobierno al nivel de cada consejo popular y circunscripción (ver capítulo 3).

Los centros o unidades municipales y provinciales de higiene y epidemiología son los representantes del Estado para la inspección sanitaria en Cuba, de acuerdo con el Decreto-Ley 42, con diversas facultades amparadas por la ley para garantizar el control higiénico-sanitario del país.¹⁶

Todas las áreas de salud están vinculadas a un servicio estomatológico para brindar este tipo de atención en el territorio. Con la aprobación del Programa de atención estomatológica integral a la población en 1992, se introduce una visión epidemiológica de los problemas estomatológicos. En ese momento se integran los estomatólogos a los grupos básicos de trabajo. Cada estomatólogo general se vincula a dos consultorios médicos de la familia para una relación de aproximadamente 1200 habitantes por estomatólogo. En los lugares donde esto no es posible por no disponer del recurso humano se vincula al estomatólogo a un número determinado de consultorios para que realice acciones integrales sobre los grupos de población priorizados.^{14,17} El acceso a las clínicas para recibir atención ambulatoria se establece en el horario entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.; en cada municipio se garantiza la atención de urgencia a la población durante las 24 horas del día.

De esta manera se vincula la estomatología con el EBS, fortaleciendo el enfoque profiláctico y enfatizando en el enfoque de riesgo, la vigilancia de la salud bucal y la realización del diagnóstico comunitario de la salud bucal, que incluyen la visita del estomatólogo a las familias en su hogar.¹⁸

El policlínico cuenta, además, con departamentos de administración, recursos humanos, economía, registros médicos y estadísticas de salud, esterilización, trabajo social, laboratorio clínico, rehabilitación y medicina natural y

tradicional. Dispone además de una biblioteca y un almacén para medicamentos y suministros médicos –material gastable y misceláneas.

En el territorio del municipio y como parte de la infraestructura del SNS en el nivel primario existe el hogar materno, la casa del abuelo, la clínica estomatológica, el hogar de ancianos y el hogar de impedidos físicos y mentales. Con estas instituciones cada policlínico mantiene estrechos vínculos de trabajo, bajo la coordinación del municipio de salud, que es la unidad administrativa y metodológica de mayor jerarquía para la atención primaria.

Las autoridades del sector salud en la comunidad mantienen estrechos vínculos con los líderes del resto de los sectores comunitarios y se discuten mancomunadamente los problemas que afectan la situación de salud del área en busca de su solución.

Aun cuando el SNS se comporta como un sistema abierto, en el modelo cubano de medicina familiar, el consultorio médico de familia y el policlínico se erigen como centros integradores de las acciones por la salud comunitaria de las instituciones de salud del área y de los diferentes sectores comunitarios (Fig. 5.3).

Servicios de urgencia en el nivel primario

Desde la creación de los policlínicos, los servicios de urgencia en el nivel primario se ofrecen en cuerpos de guardia organizados para tal efecto en la propia institución y a los cuales la población acude remitida por un médico o por voluntad propia. Durante los primeros años del establecimiento del modelo cubano de medicina familiar, este tipo de atención se continuó ofreciendo de la manera tradicionalmente concebida en el policlínico integral y en el comunitario. Los propios médicos y enfermeras del nivel primario asisten a los pacientes mediante la organización de estancias de 8 horas de lunes a sábado y guardias médicas voluntarias a partir de las 4:00 p.m. y los domingos el día completo, con una cobertura de 24 horas de atención médica directa. El EBS realiza turnos de urgencia en el cuerpo de guardia del policlínico con una periodicidad variable que puede ser de al menos una vez por semana.

Con la creación en 1996 de un policlínico principal de urgencia (PPU) en cada municipio del país y el fortalecimiento del parque de ambulancias, se brindaba la atención lo más próxima al paciente, de manera oportuna, eficaz, calificada, regionalizada y estratificada por prioridades, en dependencia del tipo de urgencia. Un año después se crea el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) que incorpora el concepto de la municipalización en el servicio para la coordinación de sus diferentes unidades asistenciales para la urgencia, que además de los policlínicos, puede incluir a pequeños hospitales locales e instituciones de asistencia social.¹⁴ Estas transformaciones marcan el inicio de una nueva etapa de desarrollo de los servicios de urgencias y emergencias prehospitalaria en el país.

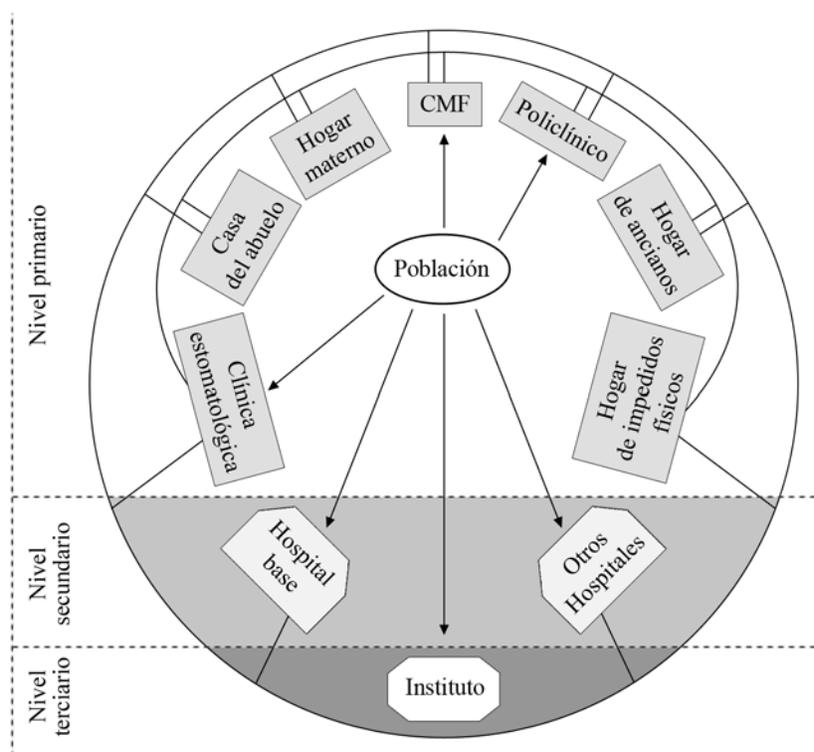


Fig. 5.3. Variantes de acceso de la población a la red de servicios de salud y sistema de relaciones interinstitucionales (ambas simplificadas).

Recuadro 5.1. Características del policlínico principal de urgencia

- Área de atención vital
- Área de observación
- Área de enfermería
- Área de consulta
- Área de estar
- Área de cirugía menor limpia y sucia
- Servicio de laboratorio clínico, rayos X y estomatología las 24 horas del día
- Farmacia de urgencia (aledaña a la unidad)

Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana; 2001.

Además de los PPU la red de urgencias municipal estuvo integrada en esa época por los servicios médicos de urgencia en policlínicos –cuerpos de guardia–, los consultorios médicos de urgencia en zonas urbanas y los que se ubicaban en comunidades distantes del policlínico –rurales–. La red se organiza sobre el principio de que en un área urbana la población viva a no más de 1000 m de un servicio de urgencia y que toda comunidad rural estuviera protegida con este tipo de servicio.^{14,19}

El fortalecimiento de la atención de urgencia en los policlínicos se asocia con un incremento de la frecuencia de utilización de estos servicios por la población en comparación con los hospitalarios y con respecto a etapas precedentes. Antes del establecimiento del modelo cubano de medicina familiar las consultas en cuerpo de guardia que se ofrecían en los policlínicos representaban el 18,9 % del total de las ofrecidas en el país (1980); en el año 2002 este porcentaje fue del 57,5 %. (Fig. 5.4).

Consultorio médico de la familia

El nuevo modelo se basaba en ubicar un equipo básico de salud en cada uno de los consultorios médicos de la familia (CMF) construidos para tal efecto en el entorno de la propia comunidad que recibirá sus servicios –entre 120-200 familias (de 600 a 700 habitantes)–. Tanto en zonas urbanas como rurales se construyeron módulos que contemplaban dos tipos de diseño: uno en el que además del consultorio, se construía una vivienda para el médico y otra para la enfermera y un segundo diseño –el más extendido–, en el que se

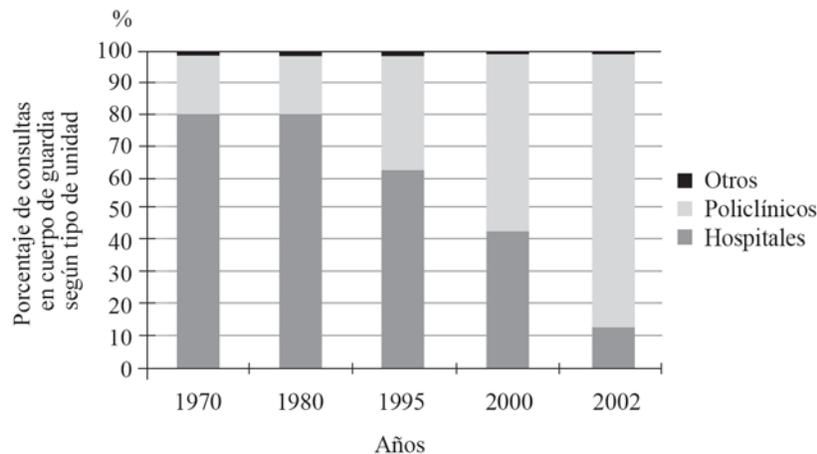


Fig. 5.4. Distribución porcentual de consultas de cuerpo de guardia por tipo de unidad. Cuba, años seleccionados. En los hospitales se incluyen las unidades de subordinación nacional. Elaborado por los autores en base a: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuarios Estadísticos de Salud. 1995, 2000 y 2002. Ciudad de La Habana (Cuba); 1996, 2001 y 2003.

construía el consultorio y la vivienda del médico. Tanto los consultorios como las viviendas se entregan totalmente amueblados y equipados a cada EBS.^{2,9}

En el espacio físico de un CMF están contemplados: una sala de espera, un área de enfermería, un área de esterilización, una de consulta, otra para el examen físico y un baño.

La fortaleza de disponer de los recursos estructurales y materiales ubicados en el propio escenario comunitario está unida a la creciente graduación de especialistas en medicina general integral que se van desarrollando con alta capacidad resolutive en acciones médicas curativas y acciones planificadas de promoción de salud y prevención. Ello condiciona un incremento de la confianza de la población en relación con los servicios de salud del nivel primario y, por tanto, garantiza una mayor y mejor accesibilidad. Adicionalmente se ubican EBS en consultorios de centros laborales, educacionales, cooperativas agropecuarias y otras organizaciones.^{2,9}

Cada CMF está subordinado al policlínico u hospital rural al cual pertenece. El número de consultorios en cada policlínico también está en dependencia de la extensión territorial, las características propias del territorio, la población comprendida y la presencia de centros laborales, educacionales, infantiles u otros en sus límites geográficos. Los GBT también se constituyen considerando estos criterios.^{2,14}

El médico de la familia puede ser especialista en medicina general integral o encontrarse en cualquiera de sus etapas de formación –familiarización o residente– y el (la) enfermero(a) de la familia puede tener nivel técnico o superior. La *familiarización* es una etapa que se consideró necesaria en los inicios del modelo, que persistió hasta los primeros años del presente siglo y consistía en un entrenamiento en trabajo comunitario previo al comienzo de la especialización en medicina general integral. La familiarización debía desarrollarse por un periodo de 1-2 años.

El trabajo del EBS se distribuye en 8 horas de labor de lunes a viernes. La consulta se desarrolla de 8:00 a.m. a 12:00 m., mientras que la actividad de terreno se realiza en el horario de 1:00 p.m. a 5:00 p.m. Con una frecuencia mínima de una vez por semana, se ofrece una consulta en el horario comprendido entre las 4:00 p.m. y hasta las 8:00 p.m., con el objetivo de atender a la población trabajadora. Esta actividad se conoce como “consulta deslizante” y tanto el día como el horario en que se desarrollará deben ser consensuados con la comunidad y ser del conocimiento de la dirección del policlínico. El horario deslizante de la consulta afecta al de la actividad de terreno que puede mantenerse en el horario de la tarde o realizarse durante la mañana.¹⁴ En la experiencia del policlínico “Lawton” el día que se programaba la consulta para la población trabajadora, se mantenía la planificada habitualmente para la mañana –de 8 a.m. a 12 m.– y luego el consultorio abría nuevamente de 5 p.m. a 9 p.m.⁶ Los sábados se abría el consultorio de 8:00 a.m. a 12:00 m.

Existe cierta flexibilidad en el horario, que puede estar sujeto a cambios –incluso no planificados–, en dependencia de necesidades puntuales de atención por parte de la población,²⁰ y también se adecua oportunamente para facilitar la asistencia de los miembros del EBS a las actividades docentes, administrativas o de investigación que como norma les pueden ocupar al menos una tarde de cada semana.

El acceso al área de consulta se realiza por orden de llegada de las personas y puede ser modificado a propuesta del EBS, según la prioridad que en determinado momento demande algún caso.

Los consultorios se organizan funcionalmente en tríos, considerando básicamente la cercanía geográfica entre sí. De esta manera el GBT garantiza la atención médica o de enfermería de esa población ante la eventual ausencia de alguno de los integrantes de uno de los EBS por motivo de vacaciones, superación profesional, rotaciones por hospitales u otros motivos. En casos como esos, el jefe de GBT reorganiza sus fuerzas y designa cuál de los EBS del trío –desde su propio consultorio– asumirá la atención de la población afectada hasta que se restablezca el servicio. También puede solicitar a la vicedirección de asistencia médica que sea ubicado en ese consultorio un médico de reserva, cuya función es precisamente asumir el trabajo en aquellos consultorios en los que no exista médico temporalmente.^{2,14,21}

La satisfacción de las comunidades con los servicios se favoreció por la cercanía del consultorio a las viviendas, la atención dispensarizada, el buen trato, las comodidades para el acceso y la rapidez con que los reciben. Otra de las garantías de satisfacción para la población es la oportunidad de que la familia pueda ser atendida a cualquier hora por un profesional de la salud y las ventajas que ofrece la atención domiciliaria, incluido el *ingreso en el hogar*, cuando resulte oportuno y existan las condiciones para ello.^{2,14,22}

Interrelación consultorio-policlínico-hospital

El consultorio médico de la familia en el nivel primario constituye el inicio de una continuidad desde donde se articulan las capacidades de los niveles secundario y terciario de atención, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia. Aplicando el principio de la atención continuada a los pacientes, el nivel primario se apoya en los otros niveles –de mayor complejidad tecnológica– para elevar su capacidad resolutive y referir a quienes requieren acciones de atención médica integral correspondientes a tales niveles; de igual manera prolonga la atención hospitalaria en la comunidad, una vez que el paciente es dado de alta de un internamiento.²

El EBS se apoya en los recursos disponibles en el policlínico para completar el estudio de las personas que atiende, remitiéndolas a esta institución para recibir el servicio que requieran, al que pueden acceder el propio día que asisten o bien obteniendo un turno para recibirlo en los próximos días. El

laboratorio clínico, por ejemplo, realiza la mayoría de los exámenes complementarios no urgentes requeridos en el nivel primario en la propia mañana que acude el paciente con la indicación y por orden de llegada.

Los traslados de la documentación entre el consultorio y el policlínico, el suministro de material gastable o de oficina y los resultados de investigaciones realizadas a los pacientes en los hospitales o el policlínico, están a cargo un mensajero que es trabajador del policlínico.

La consulta externa de un número importante de especialidades tradicionalmente radicadas en el nivel secundario se ofrece en las áreas de salud. El hospital base, que responde a una estrategia de proyección comunitaria del SNS consolidada con el paso del tiempo, brinda en el policlínico consultas externas de varias especialidades; entre las que casi siempre se encuentran: cirugía, dermatología, psiquiatría, oftalmología, angiología, otorrinolaringología, alergología, ortopedia, urología y logopedia y foniatría. Esta actividad se desarrolla con recursos propios del policlínico, con los de otras áreas de salud o incluso con el apoyo del hospital. Así, las especialidades verticales participan de una manera más activa en la asistencia médica a la población en su entorno comunitario, en la capacitación del recurso humano, la investigación y en la conducción de los programas en este contexto.^{2,14}

En el nivel primario se establecen las coordinaciones de trabajo necesarias con el nivel secundario para el estudio de los pacientes que lo requieran, ya sea ambulatorio o ingresado. Cada policlínico u hospital rural está vinculado con un hospital clínico-quirúrgico, un pediátrico y un ginecobstétrico en correspondencia con la regionalización establecida de los servicios. Estas instituciones se denominan “hospitales base”, los que a su vez están interrelacionados con los institutos del nivel terciario.²

En el modelo cubano de medicina familiar no se establece una relación de subordinación entre las partes o niveles del SNS, sino, por el contrario, una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento. Existen ejemplos, incluso, de relaciones de cooperación desarrolladas directamente entre instituciones del nivel terciario y el nivel primario.^{2,14,22} Experiencias como la del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” en su relación con los médicos de familia del municipio Habana Vieja a finales de la década de 1980, muestran cómo el vínculo establecido incluyó la atención ambulatoria, la atención médica de urgencia, la hospitalización, el uso de medios diagnósticos, acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, trabajo social, docencia e investigación.²³

En los inicios de la medicina familiar en el policlínico “Lawton”, mediante la interrelación policlínico-hospital establecida se cumplía con el principio de la continuidad de la atención al paciente, que concebía el tránsito del paciente a través de los diferentes niveles del SNS en dependencia de sus necesidades de salud. El tipo de comunicación que se logró garantizaba la retroalimenta-

ción adecuada al EBS al regreso del paciente a la comunidad, después del alta hospitalaria. En aquella experiencia, el médico de familia era informado previamente por la institución hospitalaria sobre el egreso de su paciente e, incluso, se valoraba de conjunto el tratamiento que debía seguir en el hogar.⁶

Proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes

Los médicos de familia remiten a sus pacientes mediante el sistema de referencia y contrarreferencia, aunque, de ser necesario en el momento de la referencia, el médico o la enfermera acompañan al paciente en su tránsito por el sistema de salud. La referencia puede originarse a partir de una demanda de atención o de un hallazgo en el contexto del acto médico en la consulta o en el terreno.

Con el objetivo de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud de los diferentes niveles e instituciones del SNS, se introdujo en la asistencia médica una tecnología sanitaria aplicada al modelo: *la historia clínica individual ambulatoria*. Su objetivo era que toda la información sobre la situación de salud del paciente y las atenciones recibidas estuviese en un solo documento, de tal manera que pudiese ser consultada por cualquier profesional de la salud que evaluase a la persona. La historia clínica ambulatoria presentó con el tiempo más insuficiencias que virtudes y debió ser recogida para su ubicación nuevamente en el consultorio bajo la custodia del equipo de salud.²³ A partir de esta experiencia se propuso incorporar en el sistema una tecnología sanitaria consistente en un documento con carácter universal para la transferencia de pacientes a través del SNS cubano, que facilitara tanto la comunicación horizontal entre los diferentes centros de salud del nivel primario como la comunicación vertical entre los centros de los diferentes niveles de atención médica.^{14,24}

Cuando el médico de familia necesita referir a un paciente ambulatorio a cualquiera de los otros especialistas del GBT, la modalidad utilizada casi siempre es la de la interconsulta. Dado que estos especialistas visitan regularmente el consultorio, se favorece la discusión directa de los profesionales actuantes sobre cada caso en particular y el trazado de las estrategias pertinentes con un enfoque de trabajo en equipo. Como mínimo, estas interconsultas se realizan con una periodicidad quincenal y se planifican para días fijos de modo que se facilite la organización del trabajo.¹⁴

El médico de familia cita al paciente para el CMF, aunque también pudiera convocarlo para el policlínico o pedirle que espere en su propio hogar, cuando este no pueda moverse con facilidad. Si fuera necesario interconsultar a un paciente con premura, el médico puede acompañar o remitir a su paciente a un consultorio vecino en el que encuentre al especialista requerido, dado

que en el GBT la planificación del trabajo de cada uno de sus integrantes es del dominio del resto.¹⁴

El médico de familia puede solicitar a cualquier otro especialista del SNS la interconsulta de un paciente cuando lo considere necesario. Cuando no exista la posibilidad real de que alguno de los integrantes del EBS acompañe a su paciente para intercambiar impresiones con el interconsultante, se envía una referencia adecuada por escrito y este, a su vez, debe corresponder de la misma manera.¹⁴

En un estudio realizado en el área de salud del municipio Plaza de la Revolución se evidenció que de los pacientes remitidos al nivel secundario para una consulta externa, el 57 % fue valorado dentro de los primeros 15 días posteriores a la remisión, el 14 % entre los 15 y 30 días y el 29 % restante después del mes. También se constató la opinión favorable de los médicos de familia en relación con el apoyo que reciben de los diferentes servicios del policlínico para su desempeño y que de los pacientes remitidos para recibir algún tipo de atención a ese nivel, el 4,8 % fue valorado el mismo día, el 90,4 % fue atendido en los primeros 7 días y el 3,6 % restante dentro de los 15 días posteriores a la remisión.²⁵

Esta manera de trabajar favorece la inmediatez en el manejo de los problemas de salud de los pacientes y la identificación del personal de salud con los problemas de las personas que atienden. Además, facilita que las decisiones sobre hospitalización y demanda por atenciones de mayor complejidad cuenten con el seguimiento estrecho del EBS y del propio GBT.^{2,23}

De los componentes del modelo cubano de medicina familiar, el sistema de referencia y contrarreferencia ha sido –probablemente– el que mayores fallos ha tenido, sobre todo en la comunicación entre los profesionales de diferentes niveles y no tanto así cuando la comunicación se establece dentro del propio nivel primario.²⁶⁻²⁸ Ello limita las propias capacidades del sistema al reducir el oportuno y veraz flujo de información, en particular hacia el nivel primario, en relación con el tipo y la calidad de la atención, el diagnóstico y los tratamientos que reciben los pacientes en los niveles secundario o terciario.

Recursos y producción

El número de médicos de familia aumenta vertiginosamente. De 10 médicos que existían en 1984, en tan solo 4 años se incrementan a 6 211 y la población que atienden alcanza al 37,1 % de los cubanos. En el año 1994 el SNS cuenta con 25 055 médicos de la familia distribuidos en los diferentes espacios laborales. Para ese momento se han creado 12 200 consultorios médicos de la familia –de ellos 7 700 son casas-consultorios típicos–, 435 policlínicos y 64 hospitales rurales. En ese momento el 94 % de la población es atendida por médicos y enfermeras de familia. Para el año 2000, la cifra se

incrementa a 30 133 médicos de familia y el porcentaje de población atendida por este tipo de profesional asciende al 99,1 % (Fig. 5.5).¹⁰

En el año 1989, de acuerdo con datos suministrados por la Junta Central de Planificación, el costo de inversión de un consultorio médico de la familia ascendía a 45 400 pesos –en aquel año se consideraba una equivalencia de uno a uno entre el peso cubano y el dólar–. En ese mismo año se estimó el gasto corriente para el periodo de un año en 6 528 pesos.²

El mantenimiento al equipamiento médico y estomatológico y a los muebles de los consultorios y del policlínico los realiza el departamento de mantenimiento del propio policlínico o el departamento provincial de electromedicina. Algunos municipios disponen de sus brigadas o grupos de electromédicos que atienden las solicitudes de reparación de las áreas.

Los trabajadores del policlínico reciben un tratamiento salarial conforme con las políticas establecidas por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social de la República de Cuba. El salario varía según la calificación profesional, académica, científica, técnica o actividad específica que realiza cada trabajador dentro del sector. Las guardias médicas son voluntarias.

Con el programa de trabajo del MEF se ha incrementado sustancialmente la producción de servicios en primer nivel de atención médica. El número de consultas por habitante –externas y de cuerpo de guardia– desde la década del 80 hasta 1994 se ha duplicado, así como la actividad de terreno, lo que se

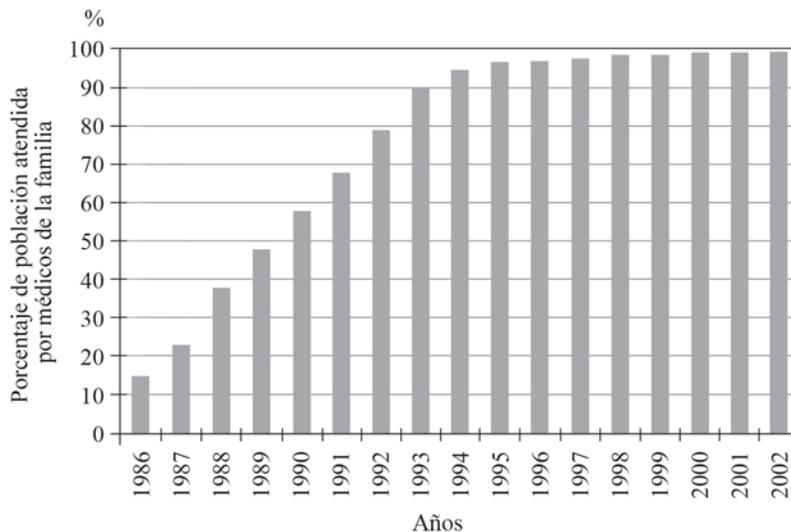


Fig. 5.5. Porcentaje de población atendida por médicos de familia. Cuba, 1986-2002. Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Ob. cit.*

ha propiciado por la extensión del programa a lo largo y ancho de todo el país. En 2002, el 86,2 % de las consultas externas y el 57,5 % de las consultas en cuerpo de guardia se ofrecieron en el nivel primario de atención médica.²⁹

Se brindan diversos servicios sujetos a programas nacionales de prevención (ver capítulo 3), entre los que se destaca el de vacunación, que se llevó a cabo en los propios consultorios médicos de la familia durante los primeros 10 años de establecido el modelo y que posteriormente se centralizó en un servicio de *vacunatorio* en cada policlínico. El esquema cubano de vacunación inmuniza contra 13 enfermedades transmisibles (Anexo, tabla 8). En los CMF sistemáticamente se realizan acciones de prevención secundaria en relación con las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas e infecciosas. Desde el establecimiento del modelo cubano de medicina familiar los ingresos hospitalarios han mantenido una tendencia descendente (Fig. 5.6).

Trabajo del equipo básico de salud según sus funciones

A continuación se describe el trabajo del EBS en el consultorio médico de la familia desde el cumplimiento de sus funciones.

Función de atención médica o asistencial

El EBS estructura su desempeño sobre la base del programa de trabajo del médico y la enfermera de familia;²² la solución de los problemas de salud sigue la estrategia de un enfoque integral y contempla el diseño y desarrollo

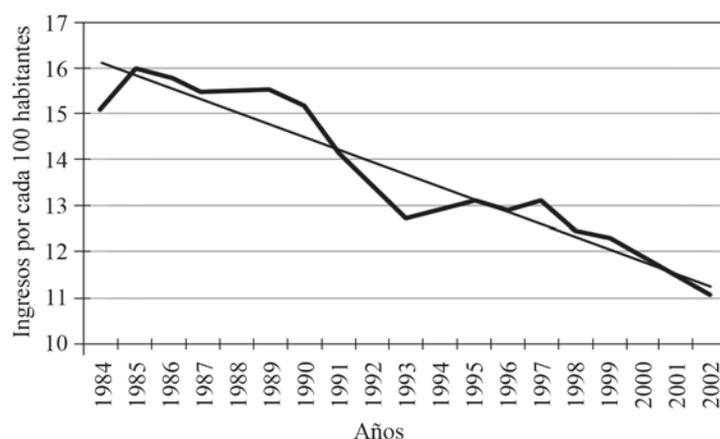


Fig. 5.6. Ingresos hospitalarios. Cuba, 1984-2002. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Ob. cit.*

de actividades para la promoción de salud, prevención de daños o enfermedades, atención médica y rehabilitación. Estas actividades se desarrollan ante pacientes individuales, con la familia o incluso para la comunidad con el fin de contribuir a mejorar su situación de salud y en correspondencia con los objetivos de los distintos programas nacionales de salud.

Un amplio campo de acciones a favor de la salud comunitaria se abre especialmente a través de la concertación de actores sociales y sectores, alrededor de los Consejos Populares en el marco del movimiento de “Municipios por la Salud”. La medicina familiar cubana conjuga en sus acciones, las disposiciones normativas de las más altas instancias de la política de salud con los planes y programas en el territorio en función de la situación de salud local.

Actividad de consulta

Un proceso esencial en el modelo cubano de medicina familiar es el de la dispensarización, que es “coordinado y gerenciado por el EBS. Consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.”³⁰ Desde 1984, se logra por primera vez el propósito de que la dispensarización se dirija hacia la totalidad de la población.

La consulta es una actividad de encuentro y comunicación entre el paciente y su familia con el EBS para el conocimiento y solución de los problemas identificados, y puede ser programada o a demanda. También tiene un enfoque sanológico y preventivo que se expresa en la planificación periódica de consultas de puericultura –de 0 a 14 años–, al adolescente y adulto aparentemente sanos, de atención prenatal, a las personas expuestas a riesgos o daños para la salud; entre otras actividades que incluyen a las de promoción de salud y educación para la salud.

Durante la consulta de MF la persona debe ser objeto de una evaluación integral, independientemente de la causa que la motiva. Esta evaluación incluye: estado de cumplimiento de acciones preventivas planificadas –vacunación, prueba de Papanicolau, etc.–; valoración nutricional; indagación y actualización sobre los estilos de vida de las personas, los factores de riesgo a los que se expone, las enfermedades que padece y la presencia de algún tipo de minusvalía o discapacidad. La información obtenida durante el acto médico se completa con la que se tiene sobre el entorno familiar y el comunitario. Este estilo de trabajo favorece la integración y análisis de gran parte de los factores que pudieran estar influyendo o determinando la situación de salud de la persona.

Un acto médico de calidad está compuesto por: entrevista médica, exploración física, indicación de exámenes complementarios –si se considera necesario–, análisis integral del problema que presente cada sujeto y la conduc-

Recuadro 5.2. Servicios brindados a la población en los consultorios de medicina familiar cubanos

- Análisis de la situación de salud comunitaria
- Atención integral a la familia (consejería, entrevista familiar, dinámica familiar)
- Actividades comunitarias de promoción y educación para la salud
- Trabajo social
- Consultas de medicina general integral (a demanda y programadas):
 - . Atención prenatal
 - . Examen periódico de salud al sano (puericultura, adulto y adulto mayor)
 - . Examen periódico a la persona con riesgo de enfermar con énfasis en las esferas de riesgo cardiovascular y de salud reproductiva
 - . Atención al paciente enfermo (con enfermedades agudas o crónicas)
 - . Atención al minusválido o discapacitado
 - . Examen médico preempleo
- Atenciones de enfermería
- Interconsultas en el consultorio, en el hogar o en el policlínico con especialistas del GBT (pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna, psicología)
- Interconsulta o remisión a especialidades verticales
- Actividad de terreno médica y de enfermería (a demanda y programadas)
- Suministro de medicamentos de urgencias relativas y otros sujetos a programas de control de enfermedades específicas
- Inmunización
- Pesquizado activo de enfermedades o riesgos (tuberculosis, cáncer cervicouterino, hipertensión arterial, síndrome febril agudo)
- Control de foco
- Tratamientos quirúrgicos menores
- Ingreso en el hogar
- Cuidados paliativos a pacientes con cáncer en estadio terminal
- Primeros auxilios ante urgencias médicas o quirúrgicas y activación del Sistema Integrado de Urgencias Médicas
- Acompañamiento a la persona a interconsultas o durante la remisión a hospitales
- Remisión a los niveles secundario o terciario del SNS (cuando se requiera)
- Participación en el parto
- Visitas hospitalarias

ta que se debe seguir, que incluye la planificación del seguimiento. Esta información se registra oportuna y adecuadamente en la hoja de trabajo diario, historia clínica individual e historia de salud familiar y en la tarjeta de planificación de acciones de salud. La periodicidad del seguimiento varía según la situación de salud de la persona evaluada, pero en todos los casos debe dejarse especificado el momento del próximo encuentro entre el EBS y la persona o su familia –dado el principio de la continuidad de la atención– (Tabla 5.2).^{30,31}

La prescripción de medicamentos se rige por las regulaciones del Programa nacional de medicamentos³² y por la estrategia de la farmacoepidemiología y de la farmacia principal municipal dirigida a los facultativos del nivel primario de atención médica. La farmacia principal municipal es la unidad rectora de la red municipal de farmacias que además está constituida por las farmacias comunitarias y las farmacias especiales de área –vinculadas a cuerpos de guardia de policlínicos.³³

Cada facultativo recibe su recetario foliado y en cada receta que emite estampa su firma y cuño oficiales.¹⁴ Adicionalmente se ha establecido un sistema de prescripción de medicamentos mediante certificado médico para pacientes con padecimientos de carácter crónico que tiene una validez por periodos de hasta 1 año; el paciente inscribe este certificado en la farmacia comunitaria y a partir de ese momento acude directamente a ella para comprar el medicamento que consumirá cada mes sin necesidad de contactar a su médico por ese motivo.³⁴

La conducta que se va a seguir ante los principales problemas de salud que afectan a la población cubana está debidamente estructurada en los correspondientes programas nacionales del MINSAP (ver Capítulo 3). En ellos se expone el algoritmo para el manejo del caso en cada nivel de atención médica del SNS, por lo que resultan de utilidad para el MF cuando se enfrenta a pacientes aquejados con alguno de los problemas de salud regulado en un programa nacional. La existencia de estos programas condiciona cierta homogeneidad en el manejo de los problemas de salud más prevalentes a nivel nacional.

Al finalizar cada evaluación el médico actualiza su criterio sobre la situación de salud de la persona atendiendo a los cuatro grupos dispensariales:

- Grupo I: supuestamente sano.
- Grupo II: con riesgo.
- Grupo III: enfermo.
- Grupo IV: discapacitado o minusválido.

Según el resultado se propone la frecuencia de seguimiento.³⁰

Esta clasificación contribuye a planificar el trabajo aplicando el enfoque de riesgo y a concentrar el tiempo y los recursos disponibles en aquellas personas que requieren de mayores cuidados. También aporta elementos de juicio que permiten realizar un análisis epidemiológico sobre la situación de salud de las personas y trabajar para esclarecer cada comportamiento anormal al nivel comunitario.

En la práctica de los autores, los principales motivos de consulta en la medicina general integral en Cuba se concentran en la atención al niño sano, a la gestante y al adulto mayor; así como también al examen médico preempleo; a la atención a las infecciones respiratorias agudas –predominantemente altas–, a la salud reproductiva, a las enfermedades de la piel y la atención y seguimiento a personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Actividad de terreno

Las visitas del EBS a las viviendas de la comunidad que atiende, incluso las que realiza a sus pacientes internados en hospitales u otras instituciones de salud, se conocen como actividad de terreno y son aproximaciones sucesivas a la situación de salud familiar y comunitaria. Los hogares de las personas son visitados por su médico o enfermera de familia al menos una vez al año.¹⁴

Esta actividad puede ser planificada o responder a la solicitud de algún integrante de la familia. En cualquier caso el EBS se debe hacer acompañar de la correspondiente historia clínica individual y la historia de salud familiar con vistas a reflejar en ellos –durante la propia visita– la información requerida.¹⁴

En el hogar las acciones de promoción de salud o de corte preventivo adquieren mayor importancia al ocurrir en el entorno familiar. En el contexto de la familia los mensajes por la salud relacionados con los accidentes en el hogar, la nutrición, realización de ejercicios físicos, deshabituación tabáquica, adherencia terapéutica o el riesgo preconcepcional, pueden ser compartidos simultáneamente con varios de sus miembros y con los cuales el EBS también tiene la oportunidad de retroalimentarse sobre su labor profesional en una atmósfera más propia de la familia, fuera de la consulta (Fig. 5.7).

En ocasiones se desarrolla la visita en equipo, por interés del EBS, para acompañar a otros miembros del GBT o a especialistas vinculados con el nivel primario que hayan sido convocados para realizar una evaluación puntual de una persona. El trabajo de enfermería en el terreno está relacionado sobre todo con aquellas actividades de carácter independiente, propias de su desempeño.

Los hogares son el escenario ideal para confeccionar la historia de salud familiar, instrumento que contribuye a que el EBS organice la información básica sobre las familias que atiende. En ella se recogen los datos generales sobre el estado de salud de sus integrantes; se logra una aproximación en el conocimiento de la situación socioeconómica familiar y las características estructurales, higiénicas y sanitarias de la vivienda. Adicionalmente el EBS confecciona un diagrama que ofrece una visión de conjunto sobre la familia –familiograma– en el que se representa mediante símbolos a cada uno de los integrantes de la familia, así como las características de las relaciones internas e información básica sobre factores de riesgo o enfermedades que padecen (Tabla 5.3).

De esta manera –sistemática y progresiva– el médico y la enfermera de familia caracterizan a su comunidad, lo que los coloca en una posición muy favorable cuando se trata de proponer a las personas estrategias de intervención al nivel familiar o comunitario que se ajusten a las necesidades reales de salud de sus habitantes. La visita de terreno es un momento ideal de acercamiento del sistema de salud a las personas, que le permite retroalimentarse sobre cómo perciben su funcionamiento y con ello contribuir a su propio

Tabla 5.3. Elementos componentes de la historia de salud familiar

Datos generales de cada integrante de la familia	Nombre y apellidos Sexo Fecha de nacimiento Nivel educacional Profesión u oficio Labor que realiza Clasificación dispensarial (Grupos I-IV) Factores de riesgo o enfermedades
Características higiénicas de la vivienda	Índice de hacinamiento y aislamiento de los habitantes Riesgos por accidentes Condiciones del medio ambiente Agentes agresores Animales en la vivienda Condiciones estructurales de la vivienda
Factores socioeconómicos	Cultura sanitaria Características sicosociales Satisfacción de las necesidades básicas
Descripción y funcionamiento de la familia	Tipo de familia Etapa del ciclo vital Crisis no relacionada con el ciclo vital Familiograma

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Dirección de Servicios ambulatorios, Dirección Nacional de Estadísticas. Modelos e instructivos de medicina familiar. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 1999 [citado 2009 Oct 04];15(6): [aprox.52 p.]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

perfeccionamiento y desarrollo. El EBS tiene la oportunidad de palpar directamente la situación real de salud de las personas y sus familias y retroalimentar con esa información al Consejo Popular, como asesor técnico de la comunidad para las cuestiones de la salud comunitaria. Esta es una fortaleza que singulariza el trabajo de este equipo de profesionales de la salud y que ningún otro profesional podría lograr desde un hospital o una institución alejada del entorno natural de las personas.

Ingreso en el hogar

Es la atención médica integral, domiciliaria y diaria que brinda el EBS a aquellos pacientes cuyas condiciones o evolución de su afección no requieren necesariamente de internamiento en el hospital, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo y que se realiza siempre que se cumplan los requisitos siguientes:¹⁴

- Que el problema de salud que se trate no ponga en peligro la vida del paciente.
- Que exista la voluntad del paciente y de su familia de aceptar el ingreso en el hogar.
- Que existan condiciones socioeconómicas favorables y un entorno familiar adecuado para desarrollar el ingreso en el hogar.
- Que la vivienda tenga condiciones higiénicas ambientales favorables.
- Que el paciente no requiera de cuidados médicos o enfermería continuos.
- Factibilidad para el cumplimiento del tratamiento médico y para la realización de los exámenes complementarios necesarios.

Los medicamentos necesarios para el tratamiento de pacientes ingresados en el hogar se adquieren por los propios pacientes en la farmacia especial del área o farmacia principal municipal.

La persona enferma permanece en su medio familiar y su familia participa activamente de su atención y cuidados. En estos casos el médico tiene la posibilidad de convocar al especialista correspondiente para una *interconsulta* e incluso practicar algunas investigaciones de laboratorio allí mismo, si fuera necesario.

Entre las ventajas que se le atribuyen al ingreso en el hogar se destacan: la elevación del grado de satisfacción del paciente y de su familia al permane-



Fig. 5.7. Equipo básico de salud examinando a una paciente durante la actividad de terreno.

cer el enfermo en el hogar; el fomento de la responsabilidad y la participación de la familia en el proceso de atención y recuperación de la salud de sus miembros; la disminución de riesgos que conlleva la estadía hospitalaria, como las infecciones nosocomiales; la disminución del estrés provocado por la permanencia del paciente en el hospital; la optimización en el uso de las camas hospitalarias, y una mejor atención a pacientes con afecciones en estado terminal. También contribuye a elevar el nivel de competencia y desempeño del EBS y de los profesores del GBT.^{14,35}

El EBS contempla entre sus acciones el acompañamiento al paciente cuando va a ingresar a un hospital; visitarlo periódicamente, intercambiar con el médico que le atiende en el medio hospitalario o al menos estar informado del diagnóstico, tratamiento, evolución y el alta. La garantía de un adecuado seguimiento en el hogar después del alta hospitalaria –mediante un ingreso en el hogar– posibilita el alta precoz del paciente.

Trabajo de enfermería

La actividad de enfermería incluye la realización de actividades dependientes del trabajo médico, las interdependientes y otras que son independientes. En la práctica la enfermera es responsable de la organización del trabajo en el consultorio y para ello se ubica en un lugar accesible a la sala de espera. La enfermera recibe y orienta a las personas que acuden solicitando atención por el EBS, los observa y escucha, intercambia información con ellos, determina el nivel de prioridad de los casos, realiza acciones de educación para la salud y prepara la documentación necesaria y al paciente para el acto de la consulta –determina su peso y talla, revisa el estado de actualización de programas preventivos, como vacunación o prueba de Papanicolau, etc.–. También participa del momento de la consulta y auxilia al médico durante ese proceso.¹⁴

La enfermera brinda, además, atención de enfermería individual y familiar en consulta o en el terreno, sobre la base de la historia clínica individual y la historia de salud familiar de las personas bajo su atención; realiza diagnósticos de enfermería y elabora planes de cuidado a partir de la utilización de instrumentos de evaluación y modelos de atención. También intercambia activamente con los líderes comunitarios sobre promoción de salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria, determinación de problemas de salud y debe ser capaz de adjudicarse algunas funciones directivas en el equipo de salud y compartir responsabilidades con el médico.¹⁴

La enfermera está capacitada para realizar el proceso de esterilización del material usado en el consultorio en las maniobras semicríticas y no críticas. Este proceso se desarrolla en equipos de esterilización ubicados en cada consultorio.¹⁴

Evaluación del trabajo asistencial en el nivel primario

El desempeño de cada EBS lo evalúa en primera instancia el propio GBT. De manera sistemática, continua, con carácter integral y eminentemente educativa se realizan evaluaciones de estructura, proceso y resultado. Las de proceso son de carácter concurrente –sobre su desempeño– y retrospectivas –mediante la revisión de los registros médicos y de enfermería–. Adicionalmente se está al tanto del grado de satisfacción de la población con los servicios recibidos y se consideran las modificaciones alcanzadas en su estado de salud.¹⁴

Los evaluadores también pueden provenir de cualquiera de los niveles del sistema de atención ambulatoria: policlínico, municipio, provincia o ministerio. Para el proceso de evaluación se considera, además, la opinión de los estudiantes que hacen sus pasantías por el CMF, la de los líderes comunitarios y representantes de las organizaciones locales sobre el desempeño del EBS. La evaluación persigue el fin de mejorar sostenidamente la calidad de la atención que se ofrece a la comunidad.¹⁴

Función administrativa

El desarrollo de esta función implica que el médico de familia, como responsable del equipo básico de salud, sea capaz de planificar, organizar, controlar y evaluar su trabajo basado en los recursos materiales y humanos de que dispone para ello.²¹

El proceso de planificación es la continuidad de la toma de decisiones: qué hacer, cuándo, cómo, dónde, con qué medios o recursos, y quiénes deben

Recuadro 5.3. Función de administración del médico de familia ubicado en un consultorio médico de la familia

- Jerarquizar todos los procesos (asistenciales, docentes o investigativos) que se desarrollan en el consultorio
- Desarrollar acciones administrativas que garanticen la utilización óptima y movilización de los recursos de su consultorio y del sistema para el cumplimiento de su actividad de atención médica integral
- Coordinar la interrelación correspondiente entre su EBS con otros equipos básicos, con su GBT y con las instituciones de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud
- Realizar coordinaciones intersectoriales para la solución de los problemas de salud identificados en su comunidad

Elaborado por los autores a partir de: Presno C. Perfil profesional del Médico de Familia en Cuba. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C; 1997. p. 174-8.

asumir la ejecución. La planificación orienta las acciones para cumplir determinados objetivos que llevarán al alcance de una meta prevista.³⁶

El médico de familia jerarquiza los procesos que tienen lugar en el área del CMF. Garantiza la custodia de los registros primarios sobre la situación de salud de los pacientes y familias –historias clínicas individuales e historias de salud familiar– y los informes periódicos sobre la situación de salud comunitaria –análisis de la situación de salud–. En el orden asistencial debe tomar decisiones sobre la organización del trabajo del equipo; la determinación de prioridades de atención a las personas, las familias o a grupos comunitarios; modificación en la planificación previa en función de eventualidades imprevistas, e indicación o seguimiento de ingresos domiciliarios. También responde por la calidad de los procesos médicos o de enfermería y por la confiabilidad y calidad del registro.

En el ámbito docente coordina y ejecuta todas las actividades académicas que se desarrollen en el área bajo su responsabilidad como parte del pregrado, el posgrado o el perfeccionamiento. Así mismo ocurre con las actividades de capacitación a las brigadistas sanitarias de la FMC y las de educación para la salud entre las que se encuentran las reuniones periódicas con los *círculos de embarazadas, de adolescentes o de diabéticos*.

El médico y enfermero de familia realizan actividades de coordinación vertical dentro del SNS y organizan visitas a hospitales en los que eventualmente ingresa algún paciente bajo su atención o le será practicado algún examen o procedimiento. El MF también planifica coordinaciones de trabajo eventuales con carácter horizontal con otras instituciones del sector salud en el nivel primario, como pueden ser otros consultorios médicos, hogares maternos, de ancianos y de impedidos físicos o las casas del abuelo.

El MF coordina y ejecuta las actividades que requieren de la *intersectorialidad* para solucionar determinados problemas de salud; convoca y conduce el proceso de análisis de la situación de salud y facilita el proceso de identificación de problemas de salud en la comunidad.³⁸ Establece relaciones de trabajo con los líderes de las organizaciones políticas, religiosas o de masas de la comunidad, así como con las instituciones infantiles, escolares o laborales que están ubicadas en su área o a las cuales pertenecen personas bajo su atención. El EBS debe trabajar en estrecha relación con el *delegado de circunscripción del Poder Popular* a la que pertenecen las familias bajo su atención, si se considera que, dada su formación y responsabilidades en la comunidad, constituye un asesor técnico del consejo popular.

El cumplimiento de los programas básicos y la situación de salud del área se analizan en la reunión mensual de cada GBT. En este encuentro se consideran y discuten: la marcha de los procesos docentes, investigativos y administrativos, entre los cuales está la interrelación policlínico-hospital. Si bien esta es una actividad esencialmente administrativa, cumple también una función docente, dado que los análisis tienen un enfoque que permite el aprendizaje y aplicación de experiencias.

El MF es el responsable de la vigilancia epidemiológica en el consultorio. Los eventos bajo vigilancia permanente que están definidos en el modelo cubano de medicina familiar se presentan en la tabla 5.4.

El EBS participa activamente en los procesos de vigilancia epidemiológica en el marco comunitario desde distintos escenarios: la consulta, los hogares y desde su propia interacción con el ambiente de la comunidad.

En este proceso de vigilancia las estadísticas que son utilizadas por el SNS se obtienen de parte del EBS mediante tres procedimientos fundamentales:

1. Reporte de actividades de consulta externa –hoja de cargo.
2. Reportes especiales, que incluyen la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y la comunicación por el sistema de información directa (SID) utilizando la vía más rápida.
3. Análisis de la situación de salud.³⁸

En la experiencia desarrollada originalmente en el policlínico “Lawton”, el departamento de estadísticas sanitarias confeccionaba un consolidado mensual sobre el trabajo diario desarrollado en cada consultorio y que fue reflejado en las hojas de cargo. Ese documento le era entregado mensualmente a cada EBS con lo cual se retroalimentaba sobre el trabajo desarrollado en consulta y terreno y sobre la situación de salud de sus pacientes.⁶

Tabla 5.4. Sucesos esenciales bajo vigilancia epidemiológica en el modelo cubano de medicina familiar

- Alteraciones o daños a la salud (individuales o de la comunidad: brotes, epidemias)
- Enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Daños y desviaciones de la salud: accidentes, suicidio
- Discapacidades
- Reacciones adversas a medicamentos
- Sucesos desconocidos no esperados
- Factores de riesgo y condiciones asociadas
- Relacionados con el modo y estilo de vida (hábitos, conductas nocivas)
- Factores biológicos
- Factores ambientales (medio físico, laborales, escolares, etc.)
- Condiciones socioeconómicas
- Servicios de salud
- Satisfacción de la población y participación comunitaria

Elaborado por los autores a partir de: Batista R. El médico de la familia en la vigilancia de salud. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 1997 Feb [citado 2009 Oct 04];13(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100011&lng=es&nrm=iso.

A modo de ejemplo del proceso de vigilancia epidemiológica en el modelo cubano de medicina familiar se presenta a continuación el papel del EBS en la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y del VIH-sida.

Equipo básico de salud en la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida

En el nivel primario de atención médica se realiza el grueso de las acciones para el control epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual y del VIH-sida, dada su amplia cobertura y accesibilidad. El EBS desarrolla una labor permanente de pesquiasaje para detectar a las personas que pueden enfermar a estar padeciendo una infección de transmisión sexual o que viven con VIH (PVVIH) en su comunidad. Entre las personas a las cuales el médico de familia les indica exámenes para determinar infecciones de transmisión sexual o la detección de anticuerpos para el VIH —previo consentimiento informado—, se encuentran: donantes de sangre; personas a las que se le diagnostica clínicamente que padecen una infección de transmisión sexual o aquellas que son notificadas por contactos sexuales enfermos con alguna de ellas; las que acuden para examen médico periódico como parte del proceso de la dispensarización; las que solicitan un examen médico preempleo, sobre todo quienes tienen un empleo o conductas de riesgo. También se realiza la pesquisa en todas las gestantes como parte de su atención prenatal y a los contactos de PVVIH.³⁹

Para la detección del VIH se indica un examen por el método ELISA que se realiza en la red de laboratorios clínicos de los policlínicos del país. La muestra que resulta ELISA reactiva por segunda vez en la red de laboratorios, se envía al Laboratorio Nacional de Referencia donde se somete a una prueba adicional de ELISA de distinto principio y antígeno. Si se confirma la positividad, a través de las autoridades sanitarias competentes y bajo estrictas condiciones de confidencialidad y respeto, un equipo de especialistas epidemiólogos, enfermeras, psicólogos, médicos de familia, entre otros y personas que viven con sida, localizan a estas personas para informarles su seropositividad, ofrecerles solidaridad, ayuda e información necesarias y orientarlos para que se incorporen a alguna de las variantes de atención existentes: atención en sanatorios o atención ambulatoria.^{39,40}

La atención médica integral ambulatoria a PVVIH la realiza el EBS correspondiente a cada paciente, el cual presta atención a las enfermedades que se le presenten; se le ofrece atención psicológica; se le garantiza acceso y seguimiento a la terapia antirretroviral —gratuita—; se le viabilizan los ingresos hospitalarios; se realizan acciones para la prevención de la transmisión materno-infantil, consejerías, etc. Cuando un paciente requiere estudios especiales se le deriva a los institutos nacionales o al Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”.³⁹

Función docente-educativa

La formación académica en la MF cubana vincula la formación científica con la práctica, mediante el manejo de problemas reales en escenarios reales. Con ello persigue integrar la perspectiva científica y el rigor con las destrezas y habilidades para comprender y tratar competentemente la dimensión social, psicológica y comunitaria, condición esencial para trabajar con las familias y las comunidades. Los planes de estudio descansan en una docencia en servicio que combina el trabajo intensivo del policlínico, el hospital, el laboratorio y la comunidad.²

Estos avances en el orden académico que se han establecido en todos los municipios y provincias del país han sido posibles por el propio desarrollo de la infraestructura asistencial y la amplia cobertura con médicos y enfermeras de la familia que se ha logrado en el nivel primario. En este ámbito se erigen los escenarios docentes para el proceso de formación de pre y posgrado y se lleva a cabo por los propios profesionales vinculados a la asistencia cumpliendo con el principio de la salud pública cubana referente a la unidad de la ciencia, docencia y asistencia.

Para el cumplimiento de esta función se ha desarrollado un proceso de acreditación docente de los policlínicos que aseguren la presencia en estos centros de salud de las condiciones humanas y materiales necesarias para la formación y superación de los recursos humanos del sistema en los niveles de: formación de profesionales, formación académica de posgrado, superación profesoral, formación de técnicos, educación continuada en los estudios técnicos y capacitación de trabajadores.¹⁴

Recuadro 5.4. Función docente educativa del médico de familia en Cuba

- Participar en las actividades docentes inherentes a su formación de posgrado, de acuerdo con los planes y programas de estudio vigentes
- Coordinar y desarrollar las actividades docentes inherentes a las ciencias médicas que se desarrollen en el área bajo su responsabilidad, tanto en el pregrado como en el posgrado
- Coordinar y desarrollar actividades de capacitación a los líderes de la comunidad para contribuir a la promoción de la salud y educación sanitaria en su comunidad
- Coordinar y desarrollar actividades de capacitación con las personas, familias, grupos y colectivos objeto de su atención
- Desarrollar habilidades y actividades que garanticen su educación continuada, su educación permanente y su autopreparación

Elaborado por los autores a partir de: Presno C. Perfil profesional del médico de familia en Cuba. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. Medicina de familia: la clave de un modelo. semFYC y CIMF. Madrid: IM&C; 1997. p. 174-8.

Programa académico de la residencia de Medicina General Integral

El *modelo del especialista en medicina general integral* tiene dos perfiles, el político-ideológico y el profesional. El primero de ellos se relaciona con la filosofía que conforma la concepción científica del mundo y un sistema de aptitudes, acorde con los principios que rigen la sociedad socialista en la cual se forman. Entretanto, el perfil profesional contempla cuatro funciones: de atención médica o asistencial, administración, docente educativa e investigación.²¹

El programa académico se desarrolla durante 3 años para adquirir los conocimientos necesarios en la atención a la mujer, al niño y al adulto, vinculados a la familia en todas las etapas de su ciclo vital.⁴¹

El curso docente se realiza en 48 semanas, durante 5 días y medio a la semana, 8 horas diarias (2 112 horas por año y 6 336 horas en los 3 años). La responsabilidad de la formación recae sobre el GBT de cada policlínico, en los profesores interconsultantes de especialidades no básicas y los profesores responsables de las rotaciones hospitalarias.

El programa adopta un sistema de enseñanza modular y se concreta en cinco áreas directamente relacionadas con la función rectora del sistema que es la atención médica. Al finalizar esta etapa, para optar por el título de especialista en medicina general integral, los médicos presentan y discuten una investigación sobre un problema de salud desde la óptica de la medicina familiar y comunitaria –trabajo de terminación de la especialidad– (Tabla 5.4).²¹

Para lograr la consolidación de la nueva especialidad de medicina general integral, el MINSAP encargó a un grupo de experimentados profesores de Medicina Interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, la tarea de redactar el Programa de especialización del médico general integral (1984). Seguidamente redactaron, con la colaboración de otros 29 profesores y especialistas la obra *Medicina General Integral* en cinco tomos con una segunda edición corregida en 1987 y cuatro reimpresiones entre 1989 y 1995.^{3,42} Así, se reestructuró el ambiente académico en los policlínicos y la enseñanza médica respondió aún más a las necesidades de la comunidad.

En el año 2001 la Editorial Ciencias Médicas publica *Temas de Medicina General Integral*, obra en dos volúmenes que trata sobre los aspectos esenciales relacionados con la salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, así como sobre los problemas de salud que con mayor frecuencia se presentan en el ámbito comunitario.⁴³ Este texto tiene la peculiaridad de haber sido coordinado por especialistas en medicina general integral y cuenta con más de un centenar de coautores y colaboradores –de la propia especialidad y de otras especialidades médicas y profesiones.⁴⁴

Tabla 5.4. Áreas del programa de especialización en medicina general integral

- Área I. Bases de la Medicina General Integral
- Área II. Acciones de salud en la comunidad:
 - . Actividades de promoción, prevención y rehabilitación
 - . Relación con instituciones sociales y centros de la comunidad
- Área III. Acciones de salud en la familia:
 - . Ciclo vital de la familia
 - . Crisis relacionadas y no relacionadas con el ciclo vital
 - . Identificación de las desviaciones del patrón normal del ciclo vital y su afrontamiento
- Área IV. Acciones de Salud en grupos y colectivos:
 - . Estudio de las etapas del desarrollo integral del hombre como educando y trabajador
 - . Factores de riesgo educacional y laboral
- Área V. Acciones de salud en el individuo:
 - . Problemas de salud al nivel individual

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: Dirección Nacional de Especialización y Grados científicos. Programa de especialización en Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Primera versión; 1985.

Sistema docente en el área de salud

El GBT constituye una fortaleza en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje en los consultorios médicos de la familia; es el soporte fundamental para el desarrollo del trabajo docente en el área de salud. Para asegurar el cumplimiento de esta función se procura que tanto el jefe del GBT, como los especialistas de pediatría, ginecología y obstetricia y medicina interna, el licenciado en psicología y la supervisora de enfermería, tengan categoría docente. Sin embargo, en los primeros años del modelo no se logró completar los GBT con profesores, debido a que la infraestructura no estaba aún creada para ejercer la formación masiva de los nuevos especialistas.

Los especialistas de GBT atienden directamente las necesidades individuales de los residentes en medicina general integral y los conducen con una formación tutelar durante su proceso de especialización realizando periódicamente controles y análisis evaluativos, actividades docentes o colaboraciones con investigaciones científicas (Fig. 5.8).²

El contacto directo y frecuente del médico de familia con los integrantes de su GBT, además de garantizar mayor calidad en la atención médica a las personas, constituye un escenario docente. La sustitución de la remisión tradicional de casos por la interconsulta, que también pueden efectuarse con los

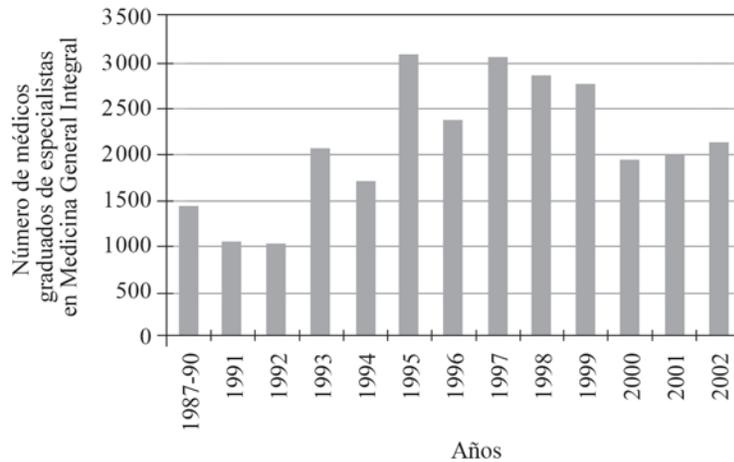


Fig. 5.8. Médicos graduados de especialistas en medicina general integral. Cuba, 1981-2002. Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuarios Estadísticos de Salud 1997, 2002. La Habana (Cuba); 1998, 2003.

especialistas verticales que visitan el policlínico, aumenta el nivel de competencia del médico de familia en la solución de problemas de salud.⁴⁵ La interconsulta es también un escenario de interacción docente-asistencial que fortalece tanto al médico de familia que requiere asesoría como al especialista que la aporta.

Otro momento para la docencia en el contexto de la MF es la reunión mensual del GBT. En ella, además del análisis administrativo referido, se discuten temas y se presentan casos interesantes ante el colectivo.

Desde su propio escenario formativo que es la comunidad, el médico de familia también contribuye a la formación de personal de menor categoría atendiendo al desempeño y el desarrollo de habilidades en los estudiantes de medicina que realizan sus rotaciones por los consultorios durante la carrera, desde el primer año hasta el internado. Los especialistas en medicina general integral asumen responsabilidades docentes también con el posgrado y participan, además, en la conducción de las actividades docentes inherentes a la residencia.

La persona responsable de desarrollar este proceso se conoce como *tutor*, que por lo general es un especialista en medicina general integral –excepcionalmente un residente en el caso del pregrado–, que participa en la formación integral de los estudiantes de las carreras de Ciencias Médicas y de los residentes de la especialidad. El tutor debe ser nombrado por resolución del decano a propuesta del vicedirector a cargo de la Docencia e investigaciones del policlínico.¹⁴

La función docente se expresa también en las actividades educativas que realiza el EBS con su población y que lo convierte en alguna medida en educador de la comunidad.

Mediante las diversas modalidades de educación para la salud, el médico y la enfermera de familia desarrollan las habilidades comunicativas y emiten mensajes a favor de la salud al nivel individual durante el acto de la consulta médica o la visita de terreno; al nivel familiar durante la entrevista familiar o, al nivel comunitario, aprovechando los escenarios naturales de reunión de los líderes, grupos comunitarios o la comunidad en su conjunto.

Los *círculos de abuelos*, centros de fomento de la salud, de recreación y actividad física diaria –existentes en todas las localidades del país– son una expresión paradigmática de la actividad educativa y de promoción de salud del modelo cubano de medicina familiar (Fig. 5.9). También a esta categoría pertenecen los círculos de adolescentes, que permiten un trabajo intensivo en el campo de la educación sobre la sexualidad y la salud de la reproducción y los círculos de embarazadas en los que se orienta a la gestante en relación con los procesos que vive durante esta etapa, se le prepara para el parto y para la etapa posparto.²



Fig. 5.9. Círculo de abuelos. Práctica de ejercicios en la comunidad.

Función de investigación

La tarea de investigación está implícita entre las funciones del EBS y está orientada al manejo y la resolución de problemas en cualquiera de los escenarios en los que se desempeña, ya sea en lo asistencial, docente o administrativo; al nivel individual, familiar, grupal o comunitario (Tabla 5.5).

Tabla 5.5. Función de investigación del médico de la familia en Cuba

- Lidera y desarrolla el proceso de análisis de la situación de salud en su comunidad
- Promueve una cultura de proyectos de investigación comunitarios con participación intra y extrasectorial
- Aplica el método científico en el proceso de identificación y solución de problemas de salud en su población, con un enfoque clínico, epidemiológico y social
- Participa en tareas de investigaciones vinculadas a problemas priorizados
- Utiliza las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la superación profesional y la investigación científica, así como la búsqueda, evaluación y aplicación de la información científicotécnica en el campo de la APS y la medicina general integral
- Publica sus resultados científicos
- Evalúa proyectos y comunicaciones científicas

La investigación fundamental que realiza el EBS en la comunidad es el análisis de la situación de salud (ASIS). Este es un proceso esencial para la transformación positiva y continua de la situación de salud del lugar donde se desarrolle. Consiste en la creación de espacios de reflexión sobre la situación de salud comunitaria con carácter periódico y participación multisectorial, cuya resultante es la ejecución de un plan de acción –con responsabilidad y acciones también multisectoriales–, dirigido a mejorar la situación de salud de las personas en un área, servicio, institución, región, comunidad o en el país.

El ASIS es un clásico ejemplo de investigación-acción. Como instrumento epidemiológico de utilización permanente, aparece en el espectro sanitario cubano a partir de la implantación de la medicina comunitaria a mediados de la década de los 70; desde entonces se le considera básico en el desarrollo de la estrategia sanitaria en Cuba. Originalmente denominado *diagnóstico de salud*, este proceso fue introducido en la práctica médica de los residentes de las especialidades básicas en el modelo del policlínico comunitario y se fortalece a la luz de los nuevos conceptos y estilo de trabajo que se incorpora con la llegada de la medicina familiar al SNS.⁴⁷ Este proceso favorece mejorar el estado de salud de la comunidad en la que se ejecuta, ya que persigue identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios.

El ASIS es desarrollado por cada EBS, conjuntamente con los líderes de la comunidad que este atiende, con una frecuencia semestral o anual, aunque debe convocarse tan pronto como se identifique un problema de salud comunitario –por cualquiera de los sectores– que requiera de participación multisectorial para su enfrentamiento. De modo similar debe realizarse en policlínicos y municipios. De este proceso se obtienen los elementos para la elaboración y ejecución de los planes de acción en salud al identificarse las necesidades sentidas de la población y los problemas que afectan la salud comunitaria. Por lo valiosa que resulta la participación y el compromiso co-

munitario con su situación de salud presente y futura, se supone que desempeñe un papel activo en la identificación y solución de los problemas que los afectan.⁴⁸

Del ASIS se derivan las líneas de investigación comunitarias. Partiendo de los problemas identificados se diseñan nuevas investigaciones que den respuesta a las necesidades de información específicas. También es una oportunidad adicional para intercambiar acerca del grado de satisfacción de la población con el trabajo realizado por el médico y la enfermera.

Los resultados de las investigaciones científicas desarrolladas en el nivel primario son comunicados en *jornadas científicas* que se desarrollan con carácter anual en cada policlínico y en municipios o provincias. También se han desarrollado dos Congresos Nacionales de Medicina Familiar (1994 y 1998) y nueve Seminarios Internacionales en Atención Primaria de Salud –desde 1986– en los que los MEF han podido compartir sus experiencias y resultados científicos con otros colegas del país y de otras latitudes.

Desde el año 1985 se publica la *Revista Cubana de Medicina General Integral*, que es un espacio para el intercambio de información científica entre el personal que labora en el nivel primario de atención médica. Este órgano científico muestra los resultados alcanzados por médicos y enfermeras de familia en el campo de la investigación científica y su función es satisfacer la información profesional de estos. Hasta el año 1994 se distribuyó en versión impresa y desde 1995 se encuentra disponible solamente en versión electrónica y se puede acceder a ella a través del sitio: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/indice.html>

Consideraciones finales

Con muy escasos recursos humanos y materiales con que se contaba en los primeros años de la década de los 60, se estableció el modelo del policlínico integral en todo el país y se observó una modificación positiva del cuadro epidemiológico. A partir del incremento en la formación de los recursos humanos para el sector salud y del propio desarrollo científicotécnico y socioeconómico alcanzado en Cuba a mediados de la década de los 70, surge el modelo del policlínico comunitario que también contribuyó a mejorar los indicadores de salud de la población cubana hasta que en 1984 se abrió paso al modelo cubano de medicina familiar.

Con la introducción del modelo cubano de medicina familiar se avanza notablemente en Cuba con respecto al modelo anterior. La atención médica o de enfermería se ofrece de manera personalizada en la consulta de la comunidad o en el hogar de las personas; se favorece el acompañamiento a los pacientes por el EBS al ingresar a un hospital o al realizarle un determinado examen; visitarlo durante su ingreso e intercambiar directamente con el médico de asistencia, como práctica habitual (Tabla 5.6).

Tabla 5.6. Cambios fundamentales del modelo cubano de medicina familiar en relación con el modelo del policlínico comunitario

- Mayor accesibilidad de la población al sistema de salud y mayor acercamiento del sistema de salud a la comunidad
- La atención dispensarizada se dirige por primera vez para la totalidad de la población con registros individuales y por familias con una mejora en la atención continuada
- Atención integral a la salud de la población por grupos básicos de trabajo
- Mayor participación del equipo básico de salud en las acciones de promoción de Salud
- Mayor protagonismo del EBS en la vigilancia epidemiológica
- Incremento en las acciones preventivas (consultas a la persona sana, atención prenatal, examen médico preempleo, control periódico al enfermo crónico, acciones de prevención al nivel familiar y social)
- Mayor proyección comunitaria de las especialidades y fortalecimiento de las interconsultas
- Se favorece aún más la aplicación del enfoque familiar y comunitario en la práctica médica y de enfermería
- Desarrollo y fortalecimiento del análisis de la situación de salud con participación comunitaria
- Vínculo más estrecho entre el EBS y los líderes comunitarios
- Se fortalecen los servicios de urgencia en el nivel primario
- Se crea la especialización en medicina general integral para todos los médicos de familia del país
- Fortalecimiento de la docencia y la investigación con enfoque de riesgo en el policlínico
- La implementación del modelo impactó los programas de formación de pregrado y posgrado tanto de las especialidades técnicas como de las profesionales
- Se fortalecen la actividad de terreno y el ingreso domiciliario

En este contexto el EBS desarrolla habilidades en el orden asistencial, docente, administrativo e investigativo, que lo colocan en capacidad de enfrentar los problemas de salud de las familias y las comunidades, actuando con un enfoque integral y considerando a la familia como una unidad de atención médica. Adicionalmente su adecuado funcionamiento permite solucionar un apreciable volumen de problemas en la propia comunidad.^{2,22,49}

En este texto el modelo cubano de medicina familiar ha sido expuesto con las características esenciales que lo han singularizado desde su creación hasta los primeros años del presente siglo. En su corta pero fructífera existencia, el modelo ha transitado por varias etapas. De una inicial considerada la etapa “Política y de puesta en marcha” (1984-1989) en la que recibió un gran impulso en todos los órdenes, pasó a otra de “Estancamiento” en el orden constructivo y metodológico, que tuvo lugar entre 1990 y 1994, periodo en el que la

sociedad cubana sufría los peores efectos de una grave situación económica derivada del derrumbe del campo socialista y por el recrudecimiento del bloqueo del gobierno de los Estados Unidos contra el pueblo de Cuba.

El periodo comprendido entre 1995 y 2002 fue un momento que favoreció el perfeccionamiento metodológico, pero también fue una etapa que se caracterizó por iniciar una extraordinaria y masiva proyección internacional de la medicina general integral, no solamente por la salida de miles de médicos de familia a prestar ayuda internacionalista a otros pueblos del mundo, sino por la creación de una Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba (1998) en la que se han formado hasta el presente más de 8 000 médicos de decenas de países del mundo con el enfoque de la medicina general integral cubana.⁹

Desde el año 2002 se inicia una nueva etapa con la puesta en marcha del Proyecto Revolución. Este contempló una fuerte inyección de recursos que han mejorado las condiciones estructurales y la capacidad resolutoria de los policlínicos.⁹

Las nuevas propuestas apuestan por continuar fortaleciendo a la comunidad y al nivel primario de atención médica como escenarios docentes para la formación de un profesional aún más identificado con los principios de la atención primaria de salud y la medicina familiar. Como con toda innovación, se aspira a que sean validadas con la práctica y se concibe su enriquecimiento con la experiencia de todos.

Si se realiza un balance desde 1959, las transformaciones que han tenido lugar en la atención ambulatoria en Cuba evidencian que su principal agente impulsor ha sido la voluntad política gubernamental y su capacidad de convocatoria para diseñar y emprender permanentemente estrategias dirigidas a satisfacer las necesidades crecientes de salud de la población. Ante cada cambio en la situación epidemiológica o ante muestras de insatisfacción con los servicios de salud que se ofrecen, se ha revolucionado el sistema para enfrentar los nuevos desafíos a un costo que el país ha podido afrontar en cada nueva espiral de su desarrollo.

Cuba ostenta hoy día indicadores de salud propios de países del primer mundo y en buena medida esto se debe al fortalecimiento del nivel primario de atención médica y a la aplicación de los conceptos y principios de atención primaria de salud en el desarrollo social del país, y específicamente en el sector de la salud, desde mucho antes que fueran expuestos en la conferencia de Alma Ata en 1978.

En estas cuatro décadas desde 1962 se puede afirmar que se ha trabajado por objetivos y se han focalizado las acciones hacia los problemas prioritarios del país; sobre la marcha se han validado las estrategias diseñadas para garantizar el alcance de cada meta propuesta; con la propia práctica se perfeccionan y consolidan los métodos, se entrena el personal del sector y también a la comunidad. La sostenida participación intersectorial por garantizar

el derecho universal a la salud de cada ciudadano va generando una sumatoria de sabiduría que sedimenta en las comunidades y las enriquece.

Con sentido de responsabilidad y autodeterminación la sociedad cubana ha creado, desarrollado y transformado tres modelos de atención ambulatoria: el policlínico integral, el policlínico comunitario y el modelo cubano de medicina familiar. Cuando la propia dinámica del nivel primario en el sistema de salud en su interacción con la sociedad ha indicado la necesidad de transformación y crecimiento, toma como cimiento al modelo que caduca, para construir sobre él a su sucesor. De ahí se deriva la necesidad de conocer de las experiencias obtenidas en cada uno de ellos.

La garantía del éxito del Sistema Nacional de Salud y específicamente de su nivel primario sigue estando en su carácter dialéctico, que se transforma en medio de un contexto social que se adhiere a los principios de la APS como estrategia global para continuar dando la mejor respuesta posible a las necesidades de salud del pueblo cubano y de otros pueblos del mundo.

Referencias bibliográficas

1. Castro F. Discurso pronunciado en la clausura del I Congreso de medicina familiar, efectuado en el palacio de las convenciones. Palacio de las Convenciones. La Habana, 30 de junio de 1994. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1994/esp/f300694e.html>
2. UNICEF-UNFPA-OPS-OMS-MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana; 1994.
3. Delgado G. El médico y la enfermera de la familia o medicina familiar (1984). Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Oct 04];(103): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782008000100010&lng=es&nrm=iso
4. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz-Perera GM. El pensamiento de Fidel Castro Ruz sobre el modelo del especialista en Medicina General Integral. Rev Cub Educ Med Super [Internet]. 2002 [citado 2009 Oct 04];16(3):[aprox.18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_3_02/ems06302.htm
5. Medina C, Pérez A, Cruz C, Sánchez JL. Recuento histórico de la enseñanza de la Medicina en Cuba. MEDISAN. [Internet]. 2001 [citado 2009 Oct 04];5(2):46-51. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san09201.htm
6. Rodríguez T. Modelo de atención del médico y la enfermera de la familia. Policlínico "Lawton". Años 1983-1987 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
7. Fernández SJ. Conferencia internacional Educación Médica para el siglo XXI "El legado del profesor Fidel Iizástigui a la educación médica para el siglo XXI". Educ Med Super. 2009;23(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol23_1_09/ems11109.htm
8. Delgado G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ Med Super. 2004;18(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems07104.htm

9. Sansó FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. *Rev Cub Salud Púb.* [Internet]. 2005 Jun [citado 2009 Oct 04]; 31(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200012&lng=es&nrm=iso
10. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf
11. Sansó FJ. El bloqueo económico de los Estados Unidos contra Cuba, y su repercusión sobre nuestra medicina familiar en los 90. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2003 Oct [citado 2010 Ene 21];19(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500001&lng=es
12. MINSAP. Informe de la Comisión ad-hoc para la Atención Primaria de Salud. La Habana; 1995.
13. Sansó FJ. El primer centro nacional de debate sobre medicina familiar. *Rev Cub Med Gen Integr.* [Internet]. 2003 Jun [citado 2010 Ene 21];19(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300013&lng=es
14. MINSAP. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. La Habana; 2001.
15. Berdasquera D, Mirabal MC, Suárez CL. La integración de la higiene y la epidemiología a la atención primaria. Otro avance de la salud pública cubana. *Rev Cub Med Gen Integr.* [Internet]. 2001 Oct [citado 2010 Ene 11];14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_1_01/mgi14101.htm
16. Terry MH. Comunicación personal del Dr. Héctor Terry Molinert. Vice Ministro de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (1980-1993). La Habana; 2010.
17. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana; 1992.
18. Quintana JC, Ceja C, Gardón L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. *Rev Cub Estomatol* [Internet]. 1999 Dic [citado 2009 Oct 04]; 36(3): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071999000300006&lng=es&nrm=iso
19. Veliz Martínez P. Comunicación personal del MCs. Pedro Veliz Martínez, vicedirector del Sistema Integrado de Urgencias Médicas del Ministerio de Salud Pública de Cuba y presidente de la Sociedad cubana de Medicina Intensiva y Emergencias.
20. Presno C. Perfil profesional del médico de familia en Cuba. En: Ceitlin J, Gómez-Gascón T. *Medicina de familia: la clave de un modelo.* semFYC y CIMF. Madrid: IM&C; 1997. p. 174-8.
21. MINSAP. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. La Habana; 1988.
22. Gómez R, Klaindorf B. Cuba: interrelación hospital-médico de la familia en la APS. *Educ Med Salud.* 1991;25(3).
23. Cuesta LA, Presno C. Historia clínica en el consultorio: una necesidad. *Rev Cub Med Gen Integr.* [Internet]. 1997 Ago [citado 2010 Ene 21];13(4): 364-368. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000400008&lng=es

24. Sansó FJ, Valdivia C, Lorenzo A. Propuesta de modelo para la transferencia de pacientes en el sistema de salud cubano. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2003 [citado 2009 Oct 04];19(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Sansó FJ, Silva LC, Suárez J. Aspectos relacionados con la atención continuada a los pacientes en un área de salud. *Rev Cub Med Gen Integr*. [Internet]. 2000 [citado 2009 Oct 04];16(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Sansó FJ, Silva LC, Suárez J. Aspectos formativos del médico de atención primaria y su relación con el policlínico y el hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1999 Ago [citado 2010 Mar 27]; 15(4): 357-363. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400002&lng=es.
27. Rojas F. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. *Rev Cub Med Gen Integr*. [Internet]. 2002 Oct [citado 2010 Ene 11]; 18(5): 307-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500001&lng=es
28. Sansó FJ. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. *Rev Cub Med Gen Integr*. 2002;3.
29. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2002. Ciudad de La Habana; 2003.
30. Batista R, Sansó FJ, Feal P, Lorenzo A, Corratgé H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2001 Abr [citado 2009 Oct 04];17(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200001&lng=es&nrm=iso
31. Dirección de Servicios ambulatorios, Dirección Nacional de Estadísticas. Modelos e instructivos de medicina familiar. *Rev Cub Med Gen Integr*. [Internet]. 1999 [citado 2009 Oct 04];15(6): [aprox. 52 p.]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Programa Nacional de Medicamentos. (IV versión). La Habana: MINSAP; 2001.
33. Pérez J. Estrategia de la farmacoepidemiología y de la farmacia principal municipal. En: Centro para el desarrollo de la farmacoepidemiología. Modelo cubano de la red de Farmacoepidemiología: promoción del uso adecuado de los medicamentos. La Habana: Editorial Academia; 2008. p. 93-7.
34. Sansó FJ, Vergara E, Pérez J, Hernández A. Propuesta de modelo para la prescripción de medicamentos controlados por tarjeta. *Rev Cub Med Gen Integr*. [Internet]. 2000 [citado 2009 Oct 04];16(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Moya M, Garrido E, Rodríguez J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Actualidad en Atención Médica Ambulatoria. *Rev Cub Med Gen Integr*. 1988;4(1):72-7.

36. Amaro CM. Gestión administrativa en medicina familiar. *Rev Cub Med Gen Integr* [Internet]. 2003 Ago [citado 2010 Ene 21];19(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400008&lng=es
37. Scull G, Iglesias M. Participación social y estado de salud de la población. *Rev de Ciencias Médicas. La Habana* [Internet]. 2000 [citado 2009 Oct 04];6(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol6_1_00/hab09100.htm
38. Batista R. El médico de la familia en la vigilancia de salud. *Rev Cub Med Gen Integr*. [Internet]. 1997 Feb [citado 2009 Oct 04];13(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100011&lng=es&nrm=iso
39. República de Cuba. Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA. 2007-2011. [Internet]. [citado 2009 Oct 04]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/anexo_2_plan_estrategico_2007-2011.pdf
40. Massip NT. Comunicación personal de la Dra. Tania Massip Nicot, especialista en Medicina General Integral, consulta de descentralización de la atención médica a personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (PVHIV) del municipio “Plaza de la Revolución”. Ciudad de La Habana; 2010.
41. Dirección Nacional de Especialización y Grados Científicos. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Primera versión; 1985.
42. Colectivo de autores. Medicina General Integral. Texto provisional. 5 tomos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.
43. Álvares SR et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
44. De la Torre E. Prólogo. En: Álvares Sintés R, et al. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001 vol 1.
45. Fernández J, Perea J, Díaz J. La consulta del médico de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr*. 1987;3(4):43-50.
46. Sansó FJ. Análisis de la situación de salud en el ámbito comunitario y familiar. De próxima aparición. 2010.
47. Martínez S. Análisis de la situación de salud como instrumento en la política sanitaria cubana. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 1998 Jun [citado 2010 Ene 21];24(1): 19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000100003&lng=es
48. Martínez S, et al. Análisis de situación de Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
49. MINSAP, OPS, OMS. Análisis del sector salud en Cuba. [Internet]. La Habana; 1996. [citado 2009 Oct 04]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Analisis_Sector_Salud-Cuba.htm

ANEXOS

Tabla 1. Total de médicos de familia según provincia. Cuba, años seleccionados

Provincia	1986	1990	1994	1998	2002	2006	2008
Pinar del Río	140	737	1 727	1 883	1 962	1 979	2 255
La Habana	72	485	1 413	1 466	1 495	1 613	1 240
Ciudad de La Habana	866	3 395	6 319	6 617	6 396	7 404	6 376
Matanzas	109	557	1 284	1 604	1 791	1 833	1 829
Villa Clara	198	1 056	2 174	2 540	2 618	2 721	2 792
Cienfuegos	57	385	873	1 073	1 124	1 274	536
Sancti Spiritus	35	357	961	1 294	1 429	1 446	1 333
Ciego de Ávila	43	297	751	1 087	1 250	1 434	1 509
Camagüey	119	742	1 718	2 099	2 295	2 222	2 314
Las Tunas	46	364	829	1 284	1 383	1 477	1 563
Holguín	119	761	1 725	2 555	2 599	2 781	2 769
Granma	190	663	1 514	1 932	2 114	2 192	2 456
Santiago de Cuba	237	1 442	2 675	3 193	3 122	3 183	3 413
Guantánamo	204	499	905	1 066	1 271	1 402	1 659
Isla de la Juventud	38	175	187	231	210	260	245
Cuba	2 473	11 915	25 055	29 924	31 059	33 221	32 289

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Serie de Informes Anuales de Salud (1986-1993) y Anuarios Estadísticos de Salud. 1994-2008. Ciudad de La Habana; 1987-2009.

Tabla 2. Porcentaje de población atendida por médicos de familia según provincia. Cuba, años seleccionados

Provincia	1990	1994	1998	2002	2006	2008
Pinar del Río	49,6	100	100	100	100	100
La Habana	35,8	94	88,8	98,2	100	100
Ciudad de La Habana	80,1	99	100	100	100	100
Matanzas	38,8	91	98,1	100	100	100
Villa Clara	62,7	100	100	100	100	100
Cienfuegos	55,4	100	100	100	100	100
Sancti Spiritus	47,1	91	95	97,1	100	100
Ciego de Ávila	45,5	87,8	94	95,6	100	100
Camagüey	48,6	100	97,8	100	100	100
Las Tunas	39,5	80	94,6	100	100	100
Holguín	42,4	79	97,5	98,1	98,6	100
Granma	43,1	96	100	100	100	100
Santiago de Cuba	73,0	99	97,8	97,4	97,6	100
Guantánamo	60,7	83	100	100	100	100
Isla de la Juventud	100	98	100	100	100	100
Cuba	54,82	93,19	97,57	99,2	99,7	100

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Serie de Informes Anuales de Salud (1990-1993) y Anuarios Estadísticos de Salud. 1994-2008. Ciudad de La Habana; 1991-2009.

Tabla 3. Consultas de obstetricia por parto. Cuba, 1970-2008

Año	Consultas de obstetricia por parto*	Año	Consultas de obstetricia por parto
1970	7	1990	11,8
1971	7,2	1991	11,8
1972	8	1992	12,5
1973	8,5	1993	11,4
1974	9	1994	12,1
1975	9,5	1995	13,1
1976	9,4	1996	13,5
1977	10	1997	13,4
1978	8,4	1998	13
1979	8,5	1999	13,1
1980	8,6	2000	13,5
1981	10,2	2001	13
1982	10,2	2002	13
1983	10,4	2003	12,1
1984	10,9	2004	11,7
1985	11	2005	11
1986	11,6	2006	11,8
1987	11,9	2007	12,6
1988	11,7	2008	14,1
1989	11,6		

*A partir de 1978 se incluyen en el numerador solo las consultas prenatales.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Salud en el tiempo. [Internet]. 2007 [citado 3 Oct 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/salud_en_el_tiempo_2007_.pdf. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2008. Ciudad de La Habana; 2009.

Tabla 4. Índice de bajo peso al nacer. Cuba, 1970-2008

Año	Índice de bajo peso al nacer (%)*	Año	Índice de bajo peso al nacer (%)*
1970	10,3	1990	7,6
1971	9,9	1991	7,8
1972	9,8	1992	8,6
1973	10,4	1993	9
1974	11,7	1994	8,9
1975	11,4	1995	7,9
1976	10,8	1996	7,3
1977	10,6	1997	6,9
1978	10,4	1998	6,7
1979	10,2	1999	6,5
1980	9,7	2000	6,1
1981	9,5	2001	5,9
1982	8,7	2002	5,9
1983	8,5	2003	5,5
1984	7,9	2004	5,5
1985	8,2	2005	5,4
1986	8	2006	5,4
1987	7,9	2007	5,2
1988	7,5	2008	5,1
1989	7,3		

*Porcentaje sobre el total de nacidos vivos.

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ob. cit. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ob. cit.

Tabla 5. Principales causas de muerte de todas las edades. Cuba, 1970, 1980, 1990, 2000

Causas de muerte	1970	1980	1990	2000
Enfermedades del corazón	148,2	166,7	201,3	180,3
Tumores malignos	98,7	106,6	128,8	146,5
Enfermedad cerebrovascular	60,1	55,3	65,4	72,9
Accidentes	36,0	38,0	49,4	44,5
Influenza y neumonía	42,0	38,6	29,0	46,2
Enfermedades de arterias, arteriolas y vasos capilares	23,0	23,5	26,9	32,6
Suicidio y lesiones autoinfligidas	11,8	21,4	20,4	16,4
Diabetes mellitus	9,9	11,1	21,5	13,1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,7	5,8	8,5	8,9
Homicidio	4,1	3,4	7,0	5,3

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Ob. cit. MINSAP; 1999. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2000. MINSAP. La Habana; 2001. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ob. cit.

Tabla 6. Niños menores de 2 años protegidos contra 11 enfermedades. Cuba, 1989-1998

Años	Porcentaje (%)
1989	87,5
1990	94,3
1991	99,2
1992	95,2
1993	92,1
1994	98,8
1995	98,6
1996	98,7
1997	98,8
1998	99,5

Nota: hasta 1990, 7 enfermedades; hasta 1991, 8 enfermedades.

Fuente: MINSAP. Dirección Nacional de Estadística. La salud pública en Cuba. Ob. Cit.

Tabla 7. Esquema de vacunación cubano. 1962-2010

Vacuna	Dosis	Aplicación	
		Momento de la vida	Lugar
BGC (aplicación masiva desde 1962)	Dosis única	Antes del alta de la maternidad	Hospital materno
HBV (desde 1990) ⁽¹⁾ (hijos de madres positivas al HbsAg)	1ra.	12-24 horas de nacido	Hospital materno
	2da.	1 mes	Consultorio-Policlínico
	3ra.	2 meses	Consultorio-Policlínico
	Reactivación	12-24 meses	Consultorio-Policlínico
HBV (desde 1990 - 2005) ⁽²⁾ (hijos de madres negativas al HbsAg)	1ra.	Entre 12-24 horas de nacido	Hospital materno
	2da.	1 mes	Consultorio-Policlínico
	3ra.	6 meses	Consultorio-Policlínico
DPT (1ra. campaña en 1962; con este esquema desde 1988 hasta 2005) ⁽³⁾	1ra. Dosis	2 meses	Consultorio-Policlínico
	2da. Dosis	4 meses	Consultorio-Policlínico
	3ra. Dosis	6 meses	Consultorio-Policlínico
	Reactivación	18 meses	Consultorio-Policlínico
Hib (desde 1999 hasta 2005)	1ra. Dosis	2 meses	Consultorio-Policlínico
	2da. Dosis	4 meses	Consultorio-Policlínico
	3ra. Dosis	6 meses	Consultorio-Policlínico
	Reactivación	18 meses	Consultorio-Policlínico
Pentavalente ⁽⁴⁾ (desde 2006)	1ra.	2 meses	Consultorio-Policlínico
	2da.	4 meses	Consultorio-Policlínico
	3ra.	6 meses	Consultorio-Policlínico
AM-BC (desde 1988)	1ra. Dosis	3 meses	Consultorio-Policlínico
	2da. Dosis	5 meses	Consultorio-Policlínico
PRS (desde 1986) (desde 2004)	1ra. Dosis	12 meses	Consultorio-Policlínico
	2da. Dosis	6 años (1er. grado escolar)	Escuela
DT (desde 1979)	Reactivación	6 años (1er. grado)	Escuela
AT (1ra. campaña 1980; con este esquema después del 2000) ⁽⁵⁾	Una Dosis	9-10 años (5to. grado)	Escuela
	Reactivación	12-13 años (8vo. grado)	Escuela
	Reactivación	15-16 años (11no. grado)	Escuela
TT (1ra. campaña 1979; con este esquema desde 1980) ⁽⁶⁾	Reactivación	13-14 años (9no. grado)	Escuela
	Reactivación	15-59 años (cada 10 años)	Consultorio-Policlínico
	Reactivación	60 y más años (cada 5 años)	Consultorio-Policlínico

Vacuna	Dosis	Aplicación	
		Momento de la vida	Lugar
OPV (Vacunación por campañas anuales desde 1962)	Dos dosis/año	Desde 1 mes hasta 2 años, 11 meses y 29 días	Consultorio-Policlínico
	Reactivación	9 años	Consultorio-Policlínico
A-Gripal (campaña anual desde 1997)	Una dosis	Mayores de 65 años	Consultorio-Policlínico

Leyenda:

⁽¹⁾ Desde que se introduce la pentavalente en el 2006, a estos niños no se les administra esta vacuna y se les mantiene el esquema vigente en el año 2005 para el resto de las vacunas.

⁽²⁾ A partir de 2006, reciben una dosis de HBV al nacer y luego el esquema de la pentavalente.

⁽³⁾ Desde 1980 y hasta 1987 se aplicó una dosis al mes, a los 2 y a los 3 meses y una reactivación a los 15 meses.

⁽⁴⁾ Pentavalente (Heber-Penta®) (contra la difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b).

⁽⁵⁾ Desde 1980 y hasta 2000 se aplicaron 2 dosis a los 9-10 años con las reactivaciones en 8vo. y 9no. grados escolares.

⁽⁶⁾ Desde 1980 y hasta 1999 se reactivaba decenalmente a todos los mayores de 15 años. A partir de ese momento al grupo de 60 años o más se les reactiva cada 5 años.

Fuente: Elaborado por los autores de acuerdo con el Dr. Galindo Sardiñas MA, asesor del Programa Nacional de Inmunización del MINSAP.

Tabla 8. Instituciones de salud según tipo y provincias. Cuba, 2000

Provincia	Hospitales	Policlínicos	Clínicas estomato-lógicas	Hospitales rurales	Hogares maternos
Pinar del Río	20	24	10	2	20
La Habana	9	41	19	20	-
Ciudad de La Habana	42	81	32	17	-
Matanzas	10	40	12	17	-
Villa Clara	19	37	15	6	22
Cienfuegos	7	18	7	2	14
Sancti Spiritus	25	21	9	9	8
Ciego de Ávila	7	17	5	2	12
Camagüey	23	25	15	7	18
Las Tunas	13	11	3	3	16
Holguín	28	41	13	4	36
Granma	23	25	5	7	20
Santiago de Cuba	26	39	12	10	21
Guantánamo	17	17	4	10	15
Isla de la Juventud	1	3	1	2	-

Fuente: Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2000. La Habana; 2001.

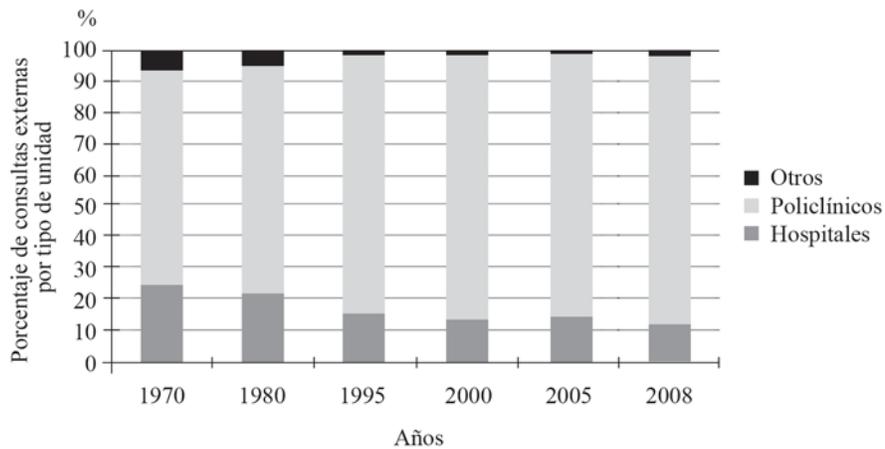


Fig. 1. Distribución porcentual de consultas externas por tipo de unidad. Cuba, Años seleccionados. En los hospitales se incluyen las unidades de subordinación nacional. Elaborado por los autores a partir de: MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 1995, 2000, 2005 y 2008. La Habana; 1996, 2001, 2006 y 2009.

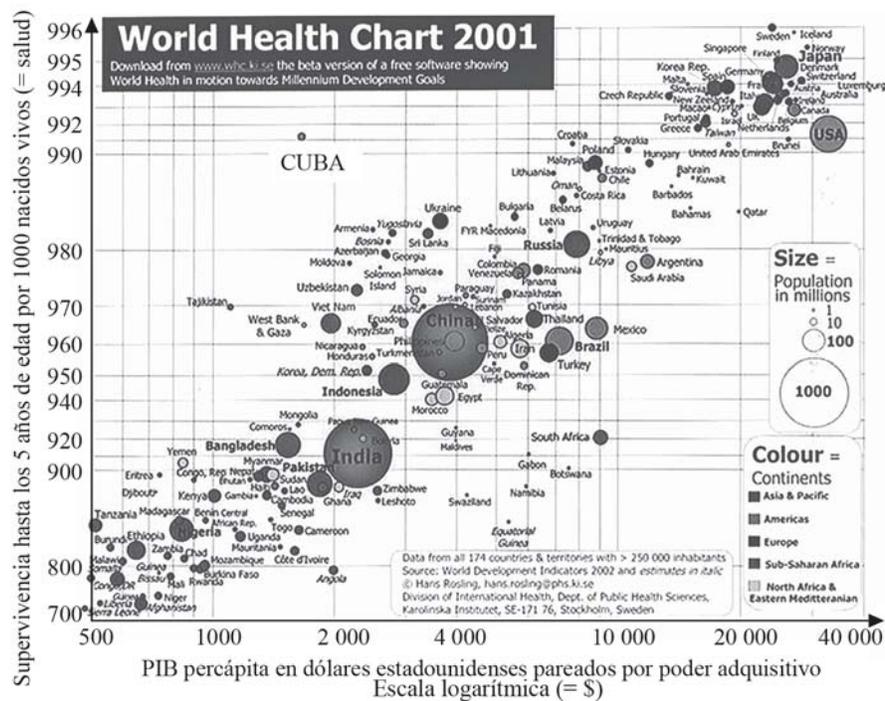


Fig. 2. Gráfico de la salud mundial. WHO; 2001. Fuente: www.whc.ki.se

Declaración de Alma Ata

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,
Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

- I La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.
- II La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.
- III El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.
- IV El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- V Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.
- VI La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte inte-

grante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como

de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

- VIII Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
- IX Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.
- X Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Fuente: Declaración de Alma-Ata. En: Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; septiembre 6-12 de 1978; Alma-Ata, URSS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. Pp. 3-4. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm