APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION HERMENEUTICA. CUBA

DARIO ENRIQUE BOTIA ROJAS
NUBIA STELLA JIMENEZ GARAY
JULY ANDREA VELANDIA TOCA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTA
2015

APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION HERMENEUTICA. CUBA

Tutor:
Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MEDICINA FAMILIAR
BOGOTA
2015

APORTES DE LA FORMACION DE MEDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA EN IBEROAMERICA. UNA REVISION HERMENEUTICA. CUBA

INFORME CUBA

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TUTORES:

COINVESTIGADOR

_____

DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
TUTOR METODOLOGICO

COINVESTIGADOR

_____

DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
TUTOR TEMATICO

BOGOTA, _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

"LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO VELARA POR EL RIGOR CIENTIFICO, METODOLOGICO Y ETICO DEL MISMO EN ARAS DE LA BUSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA."

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, fue realizado con esfuerzo y dedicación por parte de sus autores, por esta razón damos gracias a Dios y a nuestras familias, por apoyarnos en cada etapa de este proceso. Además no hubiera sido posible sin la colaboración permanente de nuestro tutor el Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar y muchas más personas que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevo planear y realizar el proyecto, como es el cuerpo docente de la especialización, y la Licenciada Martha Moreno, Coordinadora del Grupo de Redacción y Análisis de Textos (GRAT) de la Universidad el Bosque. A todos gracias por su tiempo y dedicación.

CONTENIDO

RESUMEN 9
INTRODUCCION 9
1. Contexto general del sistema de salud 13
1.1 Características generales del país 13
1.2 Generalidades del sistema de salud 16
1.2.1 Estructura 16
1.2.2 Financiación 18
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios 19
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios 21
2.1 Formación en medicina familiar 21
2.1.1 Hitos de la medicina familiar 21
2.1.2 Características de los programas de formación 23
2.1.2.1 Programa de Medicina General Integral 24
2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS 26
2.2.1 Ámbitos de desempeño 27
2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS 28
3. CONCLUSIONES 35

Índice de Tablas

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Cuba 15

Índice de Figuras

Figura 1 Pirámide poblacional de Cuba, según estimado para 2014..... 14
Figura 2 Estructura del Sistema de Salud Cubano 18

Lista de siglas

APS Atención Primaria en Salud

CIA Agencia Central de Inteligencia

MINSAP Ministerio de Salud Pública

OMS Organización de Naciones Unidas

PAIF Programa de Atención Integral a la Familia

PIB Producto Interno Bruto

SOCUMEFA Sociedad Cubana de Medicina Familiar

RESUMEN

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamérica, es una revisión hermenéutica, que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre Cuba, el cual es un país insular del Caribe, ubicado en un archipiélago entre el mar de las Antillas y la Isla de la Juventud. Tiene una extensión terrestre de aproximadamente 110.860km^2. A su alrededor hay pequeñas islas denominadas cayos, como Coco, Guillermo, Largo Del Sur y Jutia. Limita al norte con Estados Unidos y Bahamas, al oeste con México, sudeste con la Isla Española, también conocida como Santo Domingo, y al sur con las Islas Caimán y Jamaica. Está organizado en quince provincias y un municipio especial. La Habana es la capital y la ciudad más poblada. La base naval de Guantánamo es propiedad de Cuba; sin embargo, se encuentra en arrendamiento a Estados Unidos. La población estimada es de aproximadamente 11.047.251 habitantes para el año 2014.

El sistema de salud cubano es un sistema único de atención desde el año 1969, el cual se encuentra orientado a ofrecer servicios integrales y se basa en el principio de que la salud es un derecho social inalienable; esto garantiza a la población el acceso universal y gratuito en todos los niveles de atención. El Estado administra el sistema por medio del Ministerio de Salud, que dirige, ejecuta y controla el cumplimiento de las políticas en las unidades de atención médica, en donde el médico general integral tiene un papel protagónico.

El sistema de salud es financiado en su totalidad por el estado y cuenta con tres niveles de atención administrativos, con cobertura del 100%. La atención primaria da solución al 80% de los problemas de salud en unidades de subordinación municipal, la atención secundaria se encarga del 15% restante de la problemática en salud y se desarrolla en las unidades de subordinación provincial, el tercer nivel está a cargo de las unidades de subordinación nacional y proporciona una cobertura aproximada del 5% restante.

El ministerio de salud pública para el año 2013 el programa de medicina general integral con una duración de dos años, alcanzo una cobertura aproximada del 99,4 % de la población cubana, con un total de 83.698 médicos; de estos el 15,9% (13.382) son médicos generales integrales que brindan atención principalmente en área rural; a cada médico le corresponde 133 habitantes un médico en Cuba.

El médico general integral tiene la capacidad de dar información clara, sencilla y veraz al paciente y su familia sobre el estado de salud, para así cerciorarse de una adecuada coordinación y seguimiento desde el enfoque biopsicosocial, comprender que hay enfermos mas no enfermedades, brindar un trato humano, no subvalorar el problema de salud del paciente, tener la capacidad para determinar cuándo realizar una junta médica con otros especialistas en caso que así se amerite.

INTRODUCCION

Este escrito es parte de un trabajo que recoge informes de diferentes países de Iberoamérica. Está basado en un protocolo de investigación aprobado en la convocatoria interna para trabajos de investigación que hizo la Universidad El Bosque en el año 2012 (ver anexo 1). Se hizo un documento inicial que sirvió de requisito de grado para optar al título de especialista en medicina familiar de la Dra. Magda Florez. Estas tesis de grado al ser revisadas por el centro de investigación no cumplieron los requisitos para ser publicadas. En conjunto con la vicerrectoría de investigaciones se evidenciaron falencias en la redacción por lo que surgió la necesidad de un apoyo para esta y fue aprobado para ser dirigida por el Grupo de Redacción y Análisis de Textos (GRAT) de la División de Humanidades de la Universidad El Bosque.

Se realizó una nueva revisión hermenéutica con la que se actualizó la bibliografía y se designó a la licenciada en idiomas con maestría en literatura, Martha Moreno coordinadora del GRAT quien diseño un taller de escritura en el que participamos docentes y residentes del posgrado involucrados en la investigación. Se elaboró un formato con la estructura que se debía seguir para que el documento fuera publicable, teniendo en cuenta las asesorías que nos brindaron en el taller de escritura para la redacción, unificación de criterios, verificación y organización de toda la información, proceso que implicó la realización de varias versiones hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de desempeño, roles y aporte de los médicos familiares para la implementación de la Atención Primaria.

Con respecto a este informe referido a Cuba, llama la atención el impulso importante que se dio a la medicina familiar en los años ochenta que implicó un trabajo conjunto entre el gobierno y las instituciones educativas. Una de sus grandes fortalezas fue la masificación de la especialidad y ser reconocidos como lo son en la actualidad como la puerta de entrada en el sistema de salud cubano.

1. Contexto general del sistema de salud

1.1 Características generales del país

Cuba es un país insular del Caribe, ubicado en un archipiélago entre el mar de las Antillas y la Isla de la Juventud. Tiene una extensión terrestre de aproximadamente 110.860km^2. A su alrededor hay pequeñas islas denominadas cayos, como Coco, Guillermo, Largo Del Sur y Jutia. Limita al norte con Estados Unidos y Bahamas, al oeste con México, sudeste con la Isla Española, también conocida como Santo Domingo, y al sur con las Islas Caimán y Jamaica.(Oficina Nacional de Estadistica, 2014) Está organizado en quince provincias y un municipio especial. La Habana es la capital y la ciudad más poblada. La base naval de Guantánamo es propiedad de Cuba; sin embargo, se encuentra en arrendamiento a Estados Unidos.(CIA, 2014).

La población estimada en 2014 es de aproximadamente 11.047.251 habitantes pertenecientes a tres grupos étnicos: blancos, mestizos y negros. Según estadísticas del 2012, estos grupos se distribuyen así, respectivamente: 64,1%, 26,6% y 9,3%. El idioma oficial es el español, un 85% de la población profesa el catolicismo y el 15% restante corresponde a judíos, protestantes, testigos de Jehová y santeros. La Figura 1 presenta la pirámide poblacional por quinquenios.(CIA, 2014)

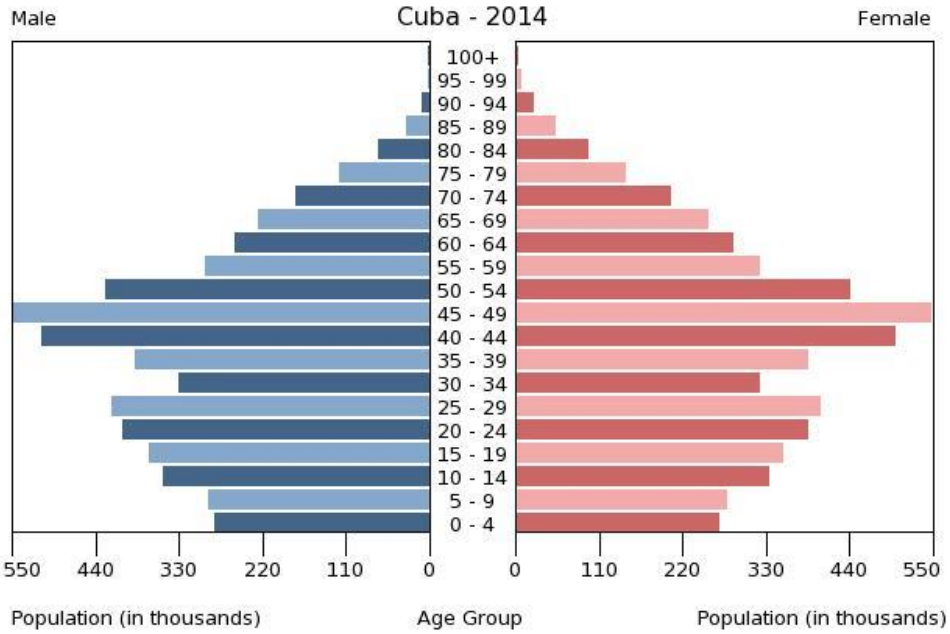


Figura 1 Pirámide poblacional de Cuba, según estimado para 2014

Fuente:.(CIA, 2014)

De acuerdo con los datos anteriores, la distribución estimada para 2014 por grupo de edad es:

0-14 años: 16,3 % (hombres 923.602 / mujeres 873.156)

15-24 años: 13,6 % (hombres 770.515 / mujeres 732.056)

25-54 años: 47,1 % (hombres 2.618.089 / mujeres 2.581.895)

55-64 años: 12,6 % (hombres 551.637 / mujeres 602.658)

65 años y más: 12,3 % (hombres 625.330 / mujeres 768.313) (CIA, 2014)

El modelo económico cubano tiene como objetivo principal garantizar la supervivencia del socialismo. Una estrategia para lograrlo radica en los intercambios de diferente naturaleza con países amigos. Por ejemplo, Venezuela suministra 100.000 barriles de petróleo por día y en contraprestación Cuba aporta 30.000 profesionales de medicina a su sistema de salud.(CIA, 2014)

La tabla 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Indicador	
Población total (miles)	11.047.251 (2014)[1]
Población cubierta por la seguridad social (%)	100 (2010)[1]
Población no asegurada (%)	0 (2010)[1]
Expectativa de vida	78,22 (2014) [1]
Mortalidad infantil por 1.000 N.V.	4,7 (2014)1
Razón de mortalidad materna por 100.000 N.V.	73 (2010)[1]
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	9,9 (2014)[1]
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	7,64 (2014)[1]
Médicos por 1.000 personas	6,72 (2010)[1]
Enfermeras por 1.000 personas	90,5 (2010)[1]
Gasto per cápita en salud cambio promedio (US$)	583 (2010)[2]
Gasto nacional en salud como % del PBI	10 (2014)[1]
% de los costos de salud pagados por el gobierno	95.2 (2010)[2]

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Cuba

Fuente:

1 (CIA, 2014)

2 (Organización Mundial de la Salud, 2013)

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura

Como antecedentes del sistema de salud cubano se puede resaltar que cuba ha pasado por varios periodos y modelos. En el período colonial el modelo del facultativo de la semana. Se creó en 1825 por médicos y cirujanos de guardia para atender a pacientes de escasos recursos de los distritos de La Habana. En 1871 surgió el modelo de casas de socorro y dispensarios, que prestaban atención ambulatoria a enfermos que no podían ser hospitalizados (Rivero Canto, Marty Jiménez, Morales Rojas, Salgado Fonseca, & Acosta Alonso, 2010).

En el periodo republicano burgués (1940-1958), se fundó el primer Ministerio de Salud del mundo. En este periodo siguió vigente el modelo de casas de socorro y dispensarios. Recibieron el calificativo de casas de socorro y comenzaron a funcionar en la mayoría de las ciudades del país, pero no en las zonas rurales. En este contexto surgió la figura de la enfermera visitadora, aunque aún no existía una concepción integral de los servicios médicos y solo había un número limitado de servicios externos. En 1902 se fundó el dispensario Tamayo e inició la experiencia docente en atención primaria (Rivero Canto et al., 2010)

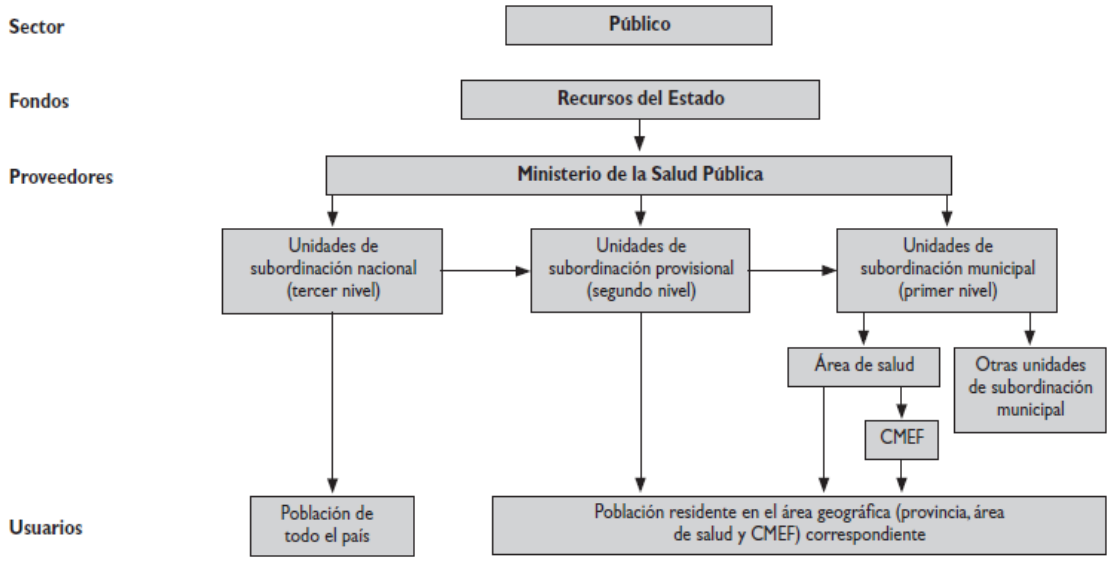
Hacia el final de este periodo existían tres sistemas nacionales de salud: uno privado, que brindaba una excelente medicina asistencial a las clases de la oligarquía gobernante; uno de salud mutualista, que ofrecía medicina asistencial de calidad variable a la burguesía media y grupos de mayores ingresos de la clase obrera; por último, un sistema de salud estatal, que cubría los servicios de medicina asistencial del proletariado y el campesinado de manera ineficiente. (Rivero Canto et al., 2010)

En 1959, después del Triunfo de la Revolución cubana, se creó el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y se desarrollaron programas de control y erradicación de paludismo. Un año después inició la cobertura con servicios médicos a las áreas rurales del país y se implementaron programas contra las enfermedades infecciosas. En 1964 se fundó el primer policlínico integral en la comunidad, que se fundamentaba en acciones preventivo-curativas. En la década de 1970 aparecieron los programas básicos como atención integral al niño, a la mujer, al adulto, adulto mayor, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, y medicina del trabajo. (Luna Morales, Sierra Pérez, Doris de La C, & Gandul Salabarría, 2009). Un año después comenzaron los programas centrados en la atención integral por ciclos vitales- (Rivero Canto et al., 2010)

Desde 1969 el sistema de salud cubano es un sistema único de atención: está orientado a ofrecer servicios integrales y se basa en el principio de que la salud es un derecho social inalienable; esto garantiza a la población el acceso universal y gratuito en todos los niveles de atención. El Estado administra el sistema por medio del Ministerio de Salud, que dirige, ejecuta y controla el cumplimiento de las políticas en las unidades de atención médica, en donde el médico general integral tiene un papel protagónico (Domínguez Alfonso & Zacca, 2011; Dresang, Brebrick, Murray, Shallue, & Sullivan Vedder, 2005).

Este sistema cuenta con tres niveles de atención administrativos, con cobertura del 100%. La atención primaria da solución al 80% de los problemas de salud en unidades de subordinación municipal, donde los consultorios son responsabilidad del médico y la enfermera de familia. La atención secundaria se encarga del 15% restante de la problemática en salud y se desarrolla en las unidades de subordinación provincial, cuyo objetivo es diagnosticar, tratar tempranamente, prevenir complicaciones y promover la

rehabilitación inmediata. El tercer nivel está a cargo de las unidades de subordinación nacional y proporciona una cobertura aproximada del 5% restante. Allí se atienden las complicaciones y secuelas; su unidad de atención son los hospitales especializados, en adonde puede asistir la población de todo el país. La Figura 2 presenta de forma esquemática lo explicado anteriormente (Domínguez Alfonso & Zacca, 2011; Dresang et al., 2005).



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

Figura 2 Estructura del Sistema de Salud Cubano

Fuente: (Domínguez Alfonso & Zacca, 2011)

1.2.2 Financiación

El sistema de salud cubano es financiado en su totalidad con recursos del gobierno nacional, ya que este tiene la obligación de garantizar el acceso y la cobertura del 100% de la población, independiente de sus ingresos. El Ministerio de Salud Pública se encarga de distribuir los recursos en los tres niveles de atención. La asignación del producto interno bruto a salud (PIB) es del 10%, según estadísticas de 2014, y tiene

indicadores en salud similares a los de países desarrollados (CIA, 2014; Dresang et al., 2005).

1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios

El modelo de atención cubano, aunque no se diga en las normas de salud vigentes de forma explícita, está basado en los principios de la atención primaria (*véase* capítulo 1) y se ha consolidado a partir de los cambios realizados en el periodo revolucionario. Busca garantizar el 100% de cobertura, ofrecer acceso gratuito y enfocarse en la promoción y prevención. Para organizar los servicios de salud, se sustenta en la Ley número 41 en el capítulo II artículo 13 de la Salud Pública de Cuba del 13 de julio de 1983, según la cual se establece que el sistema de salud debe tener un enfoque preventivo-curativo, organizarse por niveles de atención de tal forma que se le garantice a la población una atención integral de forma ambulatoria u hospitalaria, independientemente de lugar de residencia, ocupación y necesidades
(Asamblea Nacional del Poder Popular, 2014; Bravo Flavio, 1983).

Desde su origen el modelo de prestación de servicios está estructurado en tres niveles (ver figura 2) que hacen muy coherente la estructura del sistema con la ejecución del modelo de prestación en servicios en la práctica. La puerta de entrada se desarrolla en el consultorio, donde un médico familiar y una enfermera de familia atienden la consulta; cada provincia tiene asignado un médico y a este originalmente se planteó encargarle 120 familias, aunque en la práctica la población inicial estuvo entre 150 y 200 familias, unas 600 personas. El modelo busca con un enfoque centrado en la promoción y prevención de la enfermedad, extender la atención médica a diferentes escenarios como escuelas, sitios de trabajo y principalmente el hogar. Tiene la finalidad de ampliar la cobertura a la población que presenta dificultades de acceso a servicios de salud, promover la participación de la comunidad y disponer de instalaciones aptas para

capacitar a los profesionales desde el pregrado y de esta manera fortalecer la calidad de la atención en la puerta de entrada (Dresang et al., 2005; Luna Morales et al., 2009; Sánchez Belkis; Sanso Soberats).

Este esquema cumple con las características de la atención primaria orientada a la comunidad (*véase* capítulo 1). Los objetivos son mantener la salud, disminuir el número de consultas por urgencias, mejorar la atención de enfermedades prevalentes y evitar complicaciones como secuelas y una pronta rehabilitación. Todo lo anterior converge en una atención personalizada, accesible y con enfoque preventivo.(Gofin & Gofin, 2007; Sansó Soberats, 2005a) Los policlínicos han sido una institución central en todo el desarrollo del modelo (Ver sección 2.3) y el médico general integral y la enfermera el equipo básico para desarrollarlo.

2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios

2.1 Formación en medicina familiar

Según la voluntad política, social y económica, en Cuba siempre ha existido la intención de formar médicos familiares; sin embargo la idea solo se consolida en 1983-1984 con el Programa del Médico y la Enfermera de Familia, que permitió aproximar los servicios de salud a la población. Esta situación generó un alto impacto en los cambios hacia un estilo de vida saludable que se reflejan en estadísticas epidemiológicas con disminución en tasas de morbimortalidad. (González Cárdenas, 2010; Presno Labrador & González Cárdenas, 2007)

Según el ministerio de salud pública para el año 2013 el programa de medicina general integral alcanzo una cobertura aproximada del 99,4 % de la población cubana, con un total de 83.698 médicos; de estos el 15,9% (13.382) son médicos generales integrales que brindan atención principalmente en área rural; por cada médico, hay 133 habitantes en Cuba. (Oficina Nacional de Estadística, 2014)

2.1.1 Hitos de la medicina familiar

A fines de 1983 El Comandante Fidel Castro, se propone lograr que en Cuba exista un médico capaz de ofrecer una asistencia a diferentes grupos de edad y en diferentes condiciones, tomándolo desde que tenga situaciones de riesgo hasta circunstancias que requiera la atención, como la atención a la mujer incluida la gestación y el parto, continuara con la atención a los niños, a los adultos hasta la vejez, que proporcionara una atención y cuidado integral a la población cubana. Esto se materializo en una iniciativa que se denominó “Plan del Médico de las 120 familias”(Rivero Canto et al., 2010)

El doctor Sanso identifica a través de la historia 4 momentos muy bien diferenciados y que marcan el inicio de la Medicina familiar en Cuba:

1. Fase política (1984-1989)

   Caracterizada por la dirección a cargo del comandante Fidel quien mantuvo contacto con los médicos que iniciaron el programa en Lawton y en Plaza de la Revolución. Se construyeron consultorios con Médicos y Enfermeras de la Familia en toda la zona montañosa del país. En 1985 surge la Medicina familiar Integral como especialidad y dos años después se inicia el programa de Atención Integral a la Familia (PAIF).

2. Fase de Estancamiento (1990-1994)

   Durante esta etapa no se promovieron encuentros entre médicos y enfermeras que contribuyeran a la solución de los problemas del novedoso plan y se presentaron dificultades de orden económico y operativo. En esta fase se modifica el programa de Medicina Familiar que pasa de una duración de tres años a dos años.

3. Perfeccionamiento metodológico (1994-2002)

   En junio de 1994 se realiza el primer Congreso Nacional de Medicina Familiar y surge la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA) que ha contribuido con el desarrollo y perfeccionamiento de la especialidad.

   Durante este periodo se desarrolla el proyecto cubano de Cooperación Médica Internacional.

4. “Revolución” (2002-2004)

   Se pone en marcha el proyecto revolución concebido por el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios

médicos a todos los ciudadanos, con una fuerte inversión en recurso humano y tecnología en los policlínicos.

Durante estos periodos se presenta un cambio en la proporción entre médicos familiares y generales. Se llegó a que 6 de cada 10 médicos generales se especializaran en medicina general integral (Sansó Soberats, 2005a)lo que fue una base para el posterior desarrollo de los policlínicos (Ver apartado 2.3)

Desde septiembre del 2005 los policlínicos hacen parte de la formación universitaria de la carrera de medicina desde el primer año hasta el internado que es la base para continuar la formación del médico general integral. Los policlínicos se han desarrollado en un continuo y son uno de los esquemas de organización de servicios referentes para los países que quieren fortalecer el desarrollo en APS (Rivero Canto et al., 2010). Esta sigue siendo una fortaleza de la formación del médico general integral en Cuba en la actualidad (2014).

2.1.2 Características de los programas de formación

Con respecto a los programas de formación establecidos en Cuba, se debe saber que desde que el 1 enero de 1959 con el triunfo de la revolución cubana surgieron diversos cambios en los ámbitos socioeconómicos, que implicaron una transformación a nivel del sistema de salud y la perspectiva de este, motivo por el cual se iniciaron programas de atención primaria con el objetivo mejorar la calidad de vida en centros rurales y urbanos. Veinticinco años más tarde el comandante Fidel Castro observo los cambios epidemiológicos y decidió hacer de los médicos generales, especialistas en medicina general integral, para lo cual hizo reformas en los planes académicos en los que se combina el estudio y el trabajo en todos los niveles de atención, se estableció la agremiación de médicos generales integrales y posteriormente se reduce el tiempo de

especialidad sin que esto significara que disminuyera la calidad de estos profesionales. (González Cárdenas, 2010; Presno Labrador & González Cárdenas, 2007)

2.1.2.1 Programa de Medicina General Integral

Este programa, aprobado en 1984, se basa en los objetivos y metas que traza un año antes la Escuela Latinoamericana de Medicina. Sus directores perfeccionan el enfoque social de la medicina con el fin de mejorar la relación médico-paciente, deteriorada por el desarrollo de tecnologías y subespecialidades. Con ese modelo, el especialista se encarga de tratar patologías, fragmenta al individuo y deja de lado el aspecto biopsicosocial. Cuando se establece la medicina general integral como especialidad renace el concepto de integralidad y da un enfoque preventivo por medio de la promoción de la salud, se involucra al individuo y comunidad en el autocuidado y la identificación de problemas y se brindan tratamientos oportunos para disminuir las secuelas y complicaciones (Castro, R 2010)..

Posterior a la creación de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar en 1994, los directores del programa consideraron pertinente dar la oportunidad a estudiantes de sexto año de pregrado de realizar una práctica en la que atendieran un sector de la comunidad, bajo la supervisión de un tutor de medicina general integral, por lo que se modifico el perfil del egresado para que adquirieran un mayor número de competencias en comparación con el currículo normal. Con esto, al tener un médico mejor formado en el pregrado, la duración de la especialidad se pudo reducir de tres años a dos años, sin dejar de lado el rigor y la calidad académica establecida por la especialidad. (Castro, R 2010).

En el programa se desarrollan diferentes actividades tanto académicas (4 horas semanales en sitios de rotación y 2 horas los días sábados en la institución educativa), como asistenciales con el fin de fortalecer las habilidades con respecto a la

resolutividad, para satisfacer las necesidades de la población. Deben realizarse como mínimo cinco turnos en cada rotación, de variable intensidad horaria, excepto en los policlínicos donde se estableció un tiempo de 24 horas. Además se asignan seis semanas con una intensidad de cuatro horas diarias de lunes a viernes al modulo de medicina natural y tradicional. (Castro, R 2010).

En 2006 se establecieron 25 módulos, de los cuales 22 hacen parte del ámbito clínico, los tres restantes corresponden a un módulo de investigación, otro de docencia y uno último de administración. La intensidad en horas es de 4.494 en total, que equivalen a 93 créditos, se distribuyen en 2.214 horas el primer año y 2.104 horas el segundo año, lo que corresponde a 46 y 44 créditos respectivamente; al examen de graduación se dedican 176 horas de preparación (3 créditos). Se asigna una semana en cada semestre al estudio para los parciales. El sistema de evaluacion lo realizan los docentes que se encuentran a cargo de institutos y facultades de estudio. (Castro, R 2010).

El sistema de evaluación para la residencia en Medicina General Integral se rige por lo establecido en el Reglamento del Régimen de Residencia a través de la Resolución 26/94 del MINSAP. La evaluación tiene tres instancias: 1) curso: es mensual y es el resultado de actividades académicas, docente-asistenciales correspondientes a cada modulo y rotaciones; 2) promoción: se hace al final de cada semestre con un tiempo de dedicación de dos semanas para el examen práctico y una semana para el examen teórico; 3) graduación: ocurre al concluir la residencia. Se debe entregar un trabajo de investigación, se realiza un examen teórico y práctico. En caso de no aprobar alguno, el residente tiene hasta dos oportunidades en un tiempo máximo de dos años para aprobar. (Castro, R 2010).

Con respecto al perfil, los médicos generales integrales se consideran los guardianes de la salud y su función consiste en estar presentes en todos los niveles de atención,

integrar conocimientos y habilidades aprendidas en todo el proceso de aprendizaje, se desempeñan como administradores de la unidad de atención, educadores de los pacientes y estudiantes a cargo e investigadores de enfermedades prevalentes considerados como problemas de salud pública, con el fin de proporcionar soluciones que mejoren la calidad de vida y salud tanto del individuo como de la comunidad. Este especialista debe desarrollar ciertas características: tener una concepción científica del mundo, no adoptar posiciones elitistas, satisfacer las necesidades de salud de la comunidad, cumplir y regirse por los principios de la ética médica con un espíritu de sacrificio, estar dispuestos a brindar atención en salud en donde su país lo determine, manifestar compasión y sensibilidad al dolor del otro, actuar con responsabilidad, sencillez, honestidad, y emplear nuevas tecnologías sin dejar de lado el aspecto biopsicosocial. *(Castro, R 2010).*

2.2 Aporte de la medicina familiar a la APS

En Cuba, el Médico General Integral o Médico Familiar brinda beneficio al sistema de salud ya que permite aumentar la resolutividad, calidad y humanización en el nivel primario y contribuye a la articulación entre las acciones individuales y colectivas de salud. Por medio de la Medicina Familiar la población recibe una atención continua y permanente de acuerdo con su situación de salud, en el marco de sus relaciones familiares y comunitarias, por parte del mismo equipo de salud familiar y comunitaria, el cual tiene la capacidad de atender la mayor parte de los problemas de salud en los servicios primarios.

El médico general integral debe tener la capacidad de dar información clara, sencilla y veraz al paciente y su familia sobre el estado de salud, para así cerciorarse de una adecuada coordinación y seguimiento desde el enfoque biopsicosocial, comprender que hay enfermos mas no enfermedades, brindar un trato humano, no subvalorar el

problema de salud del paciente, tener la capacidad para determinar cuándo realizar una junta médica con otros especialistas en caso que así se amerite. (Medina, N 2015)[1]

2.2.1 Ámbitos de desempeño

Cuba cuenta con más de 17.000 médicos que han apoyado el déficit de médicos de atención primaria a nivel internacional. En un momento tuvo estrategias adaptativas para poder cubrir las plazas que requería el sistema de atención en salud para suplir las necesidades de la población. Con los ajustes realizados en cuanto la reducción del tiempo de preparación de los especialistas en medicina general integral se alcanza a suplir las necesidades tanto en área rural como en la urbana, los egresados para el año 2003 fueron 30.000 cifra que ha ido en aumento de forma paulatina de tal forma que para el 2011 el número de especialistas reportados fue de 36.438. (Fernández Ortega et al., 2003)

Dentro del perfil profesional se incluyen funciones dadas por las características particulares del contexto donde se desarrolla el modelo de atención primaria de salud. Estas funciones son:

- Atención integral de salud: promoción y prevención de salud, diagnóstico oportuno y atención médica a factores de riesgo, patologías prevalentes, así como la rehabilitación temprana a la persona, familia y comunidad por la cual responde ante la sociedad.

- Docente-educativa: planificación, organización, ejecución y control de las actividades docentes en el campo de la medicina general integral con los estudiantes de Ciencias Médicas de pregrado y posgrado.

[1] La Doctora Nancy Medina en el 2015 es residente de segundo año de Medicina familiar de la Universidad El Bosque. Es egresada de pregrado de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Escribió desde su experiencia un ensayo en el que compara el proceso de despenalización de Cuba y lo compara con el plan de Salud a Su Casa en Bogotá. En este se describe muy bien el modelo cubano.

- Investigativa y administrativa: se desarrolla en correspondencia con las necesidades y perspectivas del Sistema Nacional de Salud a partir de los principales problema de salud presentes en la comunidad.

Estas funciones se desempeñan en consultorios ubicados en áreas urbanas, rurales y zonas montañosas en compañía de la enfermera donde reside y trabaja dentro de una comunidad, con un promedio de 600 a 700 habitantes entre niños, adultos y ancianos asignados a ellos. El médico familiar y la enfermera se subordinan al policlínico u hospital rural a cuya área pertenecen y donde establecen relaciones de trabajo con las familias. (Segredo Alina, 2012)

En cuanto al salario, en principio todos los especialistas ganan lo mismo. La diferencia se establece a con base en la realización de maestrías, doctorados o publicaciones o por desempeñarse como funcionario docente, asistencial o de investigación. A esta diferenciación se le denomina especialista de primero y segundo grado lo cual aplica para todas las especialidades. (Fernández Ortega et al., 2003)

2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS

Se considera al médico general integral y la enfermera, la base del sistema de salud cubano prestando servicios de promoción y prevención en los tres niveles de atención, usando como herramienta la caracterización y análisis de la situación en el sector designado con las familias determinadas a través de consejos populares para brindar una atención oportuna. Esta población es estable gracias a las condiciones sociopolíticas propias de Cuba. Este ejercicio brinda la oportunidad de conocer y percibir la enfermedad desde la perspectiva social y humana, que identifica factores tanto internos como externos que participan en el proceso de salud y enfermedad. Por otra parte se puede realizar un seguimiento a largo tiempo ya sea de forma ambulatoria en la casa o

en las hospitalizaciones, logrando una mayor adherencia a tratamientos instaurados con la participación de un equipo multi e interdisciplinario que involucra a la comunidad. (Medina, N 2015)

La principal tarea del Médico General Integral es la dispensarizacion que tiene como objetivo realizar el registro de los individuos y sus familias, evaluar de forma periódica su estado de salud y establecer la frecuencia de atención. Se clasifican en cuatro grupos, en el primer grupo pacientes sanos en los que se debe identificar riesgos y educar en prevención y promoción (consulta externa anual), segundo grupo pacientes con factores de riesgo (2 consultas externas y una en casa), tercer grupo pacientes enfermos (3 consultas externas y una en casa) y cuarto grupo pacientes en condición de discapacidad (2 consultas externas y 2 en casa). (Medina, N 2015)

También se tiene presente el grupo etario y la condición para las gestantes se asegura un seguimiento estricto (12 consulta externa y 12 en casa), en el puerperio (3 consulta externa y 9 en casa) y adultos mayores (2 consultas y 1 en casa). (Medina, N 2015)

2. 3 Experiencia significativa (Desarrollo de los policlínicos)

Cuba ha sido para Latinoamérica, el país modelo en la adopción de sistemas basados en la medicina familiar, por sus grandes logros y organización en resolutividad, con escasa inversión económica.

El contacto continuado con todos los miembros de estas familias, tanto en el consultorio como en sus domicilios humaniza esta atención y la rentabiliza notablemente en lo referente a las actividades preventivo-promocionales. Ellos se complementan con policlínicos en los cuales existe un grupo básico de trabajo multidisciplinario, integrado por especialistas en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Médico General Integral, Licenciado en Psicología, enfermera supervisora, técnico de estadísticas, técnico en Higiene y Epidemiología y técnico en Trabajo Social. El grupo cumple

funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población.

Cabe indicar que la unidad básica de atención es el policlínico, el mismo que se proyecta a la comunidad a través del consultorio médico de la familia y del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia. Ellos constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Así, entre ambos niveles consiguen cumplir con el propósito de prestar servicios de salud ambulatorios con un sentido integral, sectorizados, dispensarizados, en equipo con una plena participación comunitaria. (Medina, N 2015)

El desarrollo de los policlínicos ha sido esencial en esta organización de servicios. En Cuba, la idea del policlínico integral se comenzó a implementar en 1964 en respuesta a una organización por programas que hacía difícil integrar la promoción y la prevención con la atención de las enfermedades. En los policlínicos se realizaban actividades docentes de pregrado y de posgrado con la participación de especialistas en pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna. A pesar de los avances hacia la integralidad, se realizó una evaluación en la década de los 70 que indicó que los policlínicos no tenían la suficiente proyección comunitaria, la resolutividad fue baja, el profesional de la atención primaria fue poco valorado, sin consolidarse totalmente el trabajo en equipo y su atención siguió siendo predominantemente curativa. (Rivero Canto et al., 2010; Sansó Soberats, 2005b). (Luna Morales et al., 2009)

En el año 1974, se crea un modelo experimental en el Policlínico Comunitario Alamar, con el desarrollo de la función docente en la formación de especialistas básicos en la comunidad. Este modelo se extiende al resto de la Ciudad de La Habana y a todo el país. (Luna Morales et al., 2009; Rivero Canto et al., 2010). Durante esta época los

policlínicos acercan las especialidades básicas a la comunidad (ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y estomatología) y avanzan hacia la implementación de algunos elementos característicos de la APS. Un ejemplo de esto es la integralidad que incluye aspectos preventivos, curativos, psicosociales, condiciones ambientales que interactúan con el individuo y la comunidad en su proceso de salud y enfermedad. También hacen énfasis en un servicio regionalizado, sectorizado y continuo porque se basan en la asignación de una población a un equipo y se le delega la corresponsabilidad de su cuidado. Incluyen la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar ya que en ellos se prioriza la atención de acuerdo a los problemas de salud agudos y crónicos que presenta esta población. (Batista Ricardo, Sansó Felix, Feal Pablo, Lorenzo Alcides y Corratge Hector, 2001)

Esto permite a los policlínicos consolidar una actitud de equipo para todos los integrantes y se forman grupos primarios para actividades específicas; se establecen acciones proyectadas a la comunidad como visitas domiciliarias y a escuelas, y se articulan las atenciones individuales a la salud pública que incluyen el estado de salud de la población asignada. Todas las actividades requieren de un diagnostico semestral que tiene como objetivos:

1. *Se i*dentifican y priorizan los problemas y necesidades de salud.
2. Se Analizan y determinan los factores causales y de riesgo.
3. Se Planifican las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar solución a los problemas. *(Marquez Miguel, Sansó Felix, Galban Patricia, 2011).*

También se establecen algoritmos para las situaciones más prevalentes y esquemas de interconsulta así como se fortalece el modelo docente para especialidades.

Sus principales éxitos fueron la disminución de la mortalidad infantil de 29,3 a 15,0 por cada 1000 nacidos vivos y el desarrollo de la vigilancia epidemiológica con sus actividades de control. Las dificultades identificadas en este momento incluyen que el modelo no se instauró de manera uniforme ni optima en todos los centros, no se consolidaron verdaderos equipos de trabajo, la dinámica organizativa tenia inadecuada sectorización de la población y limitaba la continuidad, deficiencias en educación sobre cambios de estilo de vida, déficit de recurso humano calificado en atención primaria, déficit en infra estructura y dotación e inestabilidad del personal médico que pertenecía a la plantilla del hospital. A pesar de compartir el recurso humano entre policlínicos y hospitales, no ocurría así con la información sobre los pacientes y se continuaban remisiones innecesarias que congestionaban el sistema de salud con un incremento en el interés por especializarse y actuar en escenarios diferentes al de los policlínicos.*(Marquez Miguel, Sansó Felix, Galban Patricia, 2011)*

En 1984 por orden del comandante Fidel comienza el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia, y surge la residencia de Medicina General Integral, con la formación de los primeros especialistas en el Policlínico Lawton, en la Ciudad de La Habana. Este modelo se implementa progresivamente en las demás provincias. (Luna Morales et al., 2009).

En esta época es importante destacar el proceso de mejora en la sectorización, la conformación de equipos de trabajo con grupos multidisciplinarios de pediatría, medicina interna, ginecología, odontólogo, psicólogo trabajo social y enfermería que eran liderados por el especialista en medicina general integral (Marquez Miguel, Sansó Felix, Galban Patricia, 2011)

Los policlínicos siguen siendo lugares de formación y el recurso humano que se gradúa en los programas académicos de estos centros es vinculado en la medida que egresan. Se abren consultorios médicos de la familia (CMF) que incluyen la casa del médico y la enfermera, también se abren en otros ámbitos como escuelas, centros laborales y de asistencia social. Esta experiencia posibilita que en 1992 ya existieran 18.503 médicos de familia y al finalizar el año 2000 se tuvieran 30.133 médicos generales integrales y un número similar de enfermeras que cubrían al 99,1% de la población. Esta época coincide con una crisis económica generada por la caída del bloque socialista en el mundo. El éxito de Cuba es poder mantener el modelo a pesar de la crisis económica por la que se pasó, a pesar de que no se contaba con los insumos adecuados para la atención y el mantenimiento de la infraestructura. (Marquez Miguel, Sansó Felix, Galban Patricia, 2011)

En el año 2004 estos centros se convierten en el Policlínico Universidad y es el principal centro para la formación de las carreras de Medicina, Estomatología, Psicología, Enfermería y todas las pertenecientes a las Tecnologías de la Salud. Se caracteriza para el médico general integral una formación biopsicosocial desde la comunidad que se basa en la educación en el trabajo con la fusión de la docencia, la asistencia y la investigación que se consideran otros escenarios en la comunidad como escuelas, trabajo y hogar entre otros (Luna Morales et al., 2009). En 2008, el número de policlínicos era de aproximadamente 500 en toda la isla, cada uno con una zona de captación de entre 30.000 y 60.000 personas (Sánchez & Denis, 2008) Esta función la sigue cumpliendo hasta hoy (2014).

De esta época hay que destacar que el modelo del médico y la enfermera de familia requirieron de la capacitación del recurso humano. Para el caso del médico la capacitación fue dirigida a especializarlo en medicina general integral. Esto se reflejó en

la parte asistencial en el mayor número de consultas valoradas por el médico de familia y dentro de estas se triplicó la consulta al niño sano. También se redujo la tasa de abortos inducidos, el índice de bajo peso al nacer y la mortalidad infantil. Además al 96% de las gestantes se les realizó una captación precoz del embarazo, lo que condicionó una mayor calidad en la atención prenatal, y se mejoró la calidad en la prescripción de medicamentos (Marquez Miguel, Sansó Felix, Galban Patricia, 2011). En estos cambios que han tenido impacto en los indicadores demográficos de salud como por ejemplo la expectativa de vida que entre el 2002 y el 2005 era de 77,97 años. Belkis Sánchez (2008) asegura que los buenos indicadores sanitarios de Cuba se deben a la importancia que el país asigna a la atención primaria con el desarrollo de los policlínicos y que en estos cambios ha contribuido el binomio médico y enfermera de familia (Sánchez & Denis, 2008).

3. CONCLUSIONES

- El sistema de salud cubano es un sistema único de atención, que ha logrado una cobertura universal y es abanderado en poner en práctica los principios y fundamentos de la APS en su modelo de atención.

- Desarrollar el modelo de APS requirió la inversión en infraestructura, capacitación del recurso humano, establecimiento de equipos de trabajo y una articulación adecuada entre los niveles de atención.

- El modelo de prestación de servicios tiene una puerta de entrada fuerte y resolutiva basada en la estrategia del médico y la enfermera de familia establecido en 1984.

- La atención médica es dispensarizada, es decir clasifica a su población, incluyendo a los individuos sanos y con base en esto programar las actividades con cada individuo.

- El equipo básico de salud tiene funciones y contacto con organizaciones de la comunidad, especialmente en la realización de los consejos populares, en donde se trabaja para la realización del análisis de la situación de la salud

- La formación de médicos generales integrales fue una necesidad para garantizar la integralidad, la continuidad y la coherencia del modelo que integra la

promoción y la prevención con la atención de salud sin desconocer los determinantes de la salud.

- El especialista en Medicina General Integral es el encargado de abordar todos los aspectos que afectan el proceso salud-enfermedad, en cualquier ámbito ya sea este domiciliario, ambulatorio, incluso en seguimiento hospitalario. La atención se realiza de manera sectorizada y regionalizada y así permite la interacción con hospitales de mayor nivel como complemento al programa de atención integral de la familia.

- El policlínico ha tenido una evolución de varias décadas y se ha consolidado como el principal centro de prestación de servicios integrales con la participación de un equipo multidisciplinario y el principal centro de formación para el recurso humano que requiere el modelo e integra las áreas asistenciales, docente, investigativa y administrativa.

ANEXO N 1. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN