

## Experiencia médica

### El médico de familia en Cuba

Clarivel Presno Labrador<sup>1</sup>

Para dar respuesta a este título tengo el reto de dar a conocer qué tanto ha aportado la Medicina Familiar al cuadro de salud que hoy exhibimos, para lo cual, se me hace necesario retomar algunas apuntes de nuestra historia en relación con la Atención Primaria de Salud.

A principios de la década de los 80, etapa de madurez y fortalecimiento del SNS, Cuba obtenía resultados favorables en los indicadores de salud, tanto es así, que el sueño de muchos países hoy, era una realidad ya en la Cuba de 1983, cuando en aquella fecha se cumplían las metas de Salud para Todos, propuestas por la Asamblea Mundial en Alma Ata para el año 2000. En aquel momento muchos se preguntaron, ¿cómo es posible este milagro en un país pobre, del tercer mundo, bloqueado económicamente durante más de 30 años? La respuesta estaba dada en nuestro modesto parecer por 2 razones fundamentales:

1. El desarrollo de una profunda revolución social que priorizó la equidad en la utilización del gasto en salud e implementó una política sanitaria basada en principios en los que la variable *salud* predominó sobre la variable *dinero*.
2. Por una voluntad política a favor de la salud, que ha estado siempre acompañada de una práctica sanitaria basada fundamentalmente en un enfoque de Atención Primaria de Salud.

No obstante los resultados alcanzados hasta ese momento y los esfuerzos realizados, se advertía la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud a punto de partida de:<sup>1,2</sup>

- La necesidad de incrementar cualitativamente los niveles de salud de la población, para lo que se precisaba la intervención sobre el individuo, la familia y la comunidad en función de lograr cambios de actitudes y de conductas de riesgo.
- Los cambios producidos en el cuadro de morbilidad y mortalidad que pasaron desde un predominio de las enfermedades infecciosas en la década de los años 60, hasta el de las enfermedades no transmisibles en esa etapa, y aun hasta nuestros días.
- La tendencia a la insatisfacción de los pacientes con la calidad del servicio prestado, pues la solución de la necesidad objetiva de salud en instituciones hospitalarias no obtenía siempre resultados satisfactorios en el tiempo, además de que el paciente debía consultar para su atención médica a diferentes especialistas.
- La fragmentación de la atención médica derivada de la super especialización, con ausencia de integralidad en la atención, ya que continuaba predominando el enfoque biologicista en detrimento de los aspectos psicosociales y ecológicos,

no se lograba una verdadera promoción de salud porque persistía la atención al daño y a la enfermedad, sin desarrollar el carácter proactivo de la atención.

- Los cambios demográficos, pues es evidente un incremento de la población adulta especialmente los mayores de 60 años.
- La elevación del nivel educacional y cultural de la población cubana la hace más exigente y menos tolerante a la incapacidad del sistema de salud para solucionar sus problemas.

A estas alturas de nuestro desarrollo social, era ineludible el fomento de una práctica médica basada en un profundo enfoque clínico, epidemiológico y social, y es así como, a principios de la década de los 80, surgen las primeras ideas y análisis que desembocaron, posteriormente, en la creación del modelo cubano de Medicina Familiar en el año 1984 (MINSAP. Pensamiento del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz como Doctrina de la Salud Pública Cubana. Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud 1995-2000. Ciudad de La Habana, 1995).

Este modelo, también denominado Programa del Médico de las 120 Familias, Médico de Familia o Médico de la Comunidad, se caracterizó en su concepción por una voluntad política basada en el trabajo en equipo de un médico y una enfermera, que brindarían atención médica integral, dispensarizada y proactiva a un sector de la población, y que consideraban a la familia como la unidad principal de atención, aunque también realizaron acciones sobre el individuo y la comunidad donde radica, como parte integrante del GBT, este último constituido además por especialistas de medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría, psicólogos, enfermera supervisora, así como también técnicos de estadística, epidemiología y trabajo social. Para el trabajo de este Médico y Enfermera de Familia es necesaria la participación activa de la comunidad y la intersectorialidad en la gestión de salud.

Sobre estos preceptos, basado en un enfoque clínico-epidemiológico y social de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, el modelo de Medicina Familiar que comienza en el policlínico “Lawton” se extiende rápidamente al resto del país en un proceso de cobertura determinado por el número de médicos que cada año egresaban de las Facultades de Ciencias Médicas. Junto a este programa surge un nuevo profesional, el Médico de Familia, y una nueva especialidad, la Medicina General Integral.<sup>3</sup>

El naciente programa declara como su principal objetivo mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, siempre sirviéndose de una íntima vinculación con la comunidad (MINSAP. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana. Marzo, 1988); mientras que de manera específica se ha propuesto promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población, prevenir la aparición de enfermedades y daños en la salud de la población, garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral, desarrollar la rehabilitación con base comunitaria dirigida a la población discapacitada física o psíquicamente, alcanzar cambios positivos en el saneamiento ambiental de su radio de acción, así como de las condiciones higiénicas en que viven las familias bajo su control, y desarrollar investigaciones que respondan a las necesidades de salud de la comunidad.

Para cumplir con estos objetivos se utilizarían 2 herramientas fundamentales: el análisis de la situación de salud de la población que atienden, destinado a identificar, analizar y buscarle solución a los problemas de salud con su participación activa; y la dispensarización, proceso dirigido a la organización y desarrollo de la atención médica integral (Rodríguez Abrines J. El médico y la enfermera de la familia en la comunidad. Criterios en relación con los cambios que en el funcionamiento de los policlínicos comunitarios representa el médico de la familia. Policlínico Lawton. Ciudad de La Habana. Julio, 1984).

Estratégicamente el Programa plantea que para alcanzar tan ambiciosos propósitos en el desarrollo del trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia se tenían que producir cambios en la estructura organizativa de la atención ambulatoria,<sup>3,4</sup> en la organización de los servicios y en los programas de salud, afirmando que se conjugarían en este todas las acciones de salud de los anteriores programas que se venían desarrollando en el policlínico comunitario, lo que permitiría que se programaran las actividades a partir de la familia, pero sin olvidar las acciones específicas que corresponden a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y al anciano de forma integral.

Este trabajo nos permite conocer que para construir una comunidad saludable hay que educar a los niños y adolescentes de hoy -y a los de ayer- y promover en ellos la salud como garantía de un futuro con el mínimo de riesgos; y que aun en la tercera edad se puede desarrollar la prevención primaria en beneficio de la salud y se pueden obtener resultados favorables con las acciones de prevención secundaria que se emprendan. De esta forma fomentamos estilos de vida saludables, que es en sí una de las estrategias centrales a desarrollar en el nivel primario.

Dada la necesidad de contar con una herramienta metodológica que garantizara la aplicación de los principios de la atención médica integral y como parte del proceso de perfeccionamiento constante del modelo, se implementa en 1987 el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF).<sup>3</sup>

Para su desarrollo eficiente era imprescindible contar con un profesional capacitado para el desempeño de las nuevas misiones del sistema de prestación de servicios, por lo que se perfeccionó la formación de recursos humanos con el incremento de las Facultades de Ciencias Médicas del país, el diseño y la ejecución de un nuevo plan de estudios de pregrado para Medicina, con un perfil de salida orientado a la APS, el desarrollo de la Licenciatura en Enfermería como carrera de la educación superior, así como el inicio de la formación de especialistas de Medicina Familiar.

La OMS ha reiterado lo ventajoso de los programas integrales en el marco del desarrollo de modelos de atención médica integral, y ha reconocido el esfuerzo realizado por Cuba en relación con esto con el desarrollo de la Medicina Familiar. El programa integrado hace más eficiente el uso de los recursos, con una relación costo-eficacia mucho más favorable; se produce una mejor utilización del tiempo en el cumplimiento de diferentes actividades que desarrolla un mismo equipo de salud, lo cual favorece el desarrollo de servicios integrados en la propia comunidad, permitiendo a los pacientes contar con esta atención integral desde el primer contacto con el sistema; además, se convierte el programa integral en una fuerza unificadora en la red de entidades dedicadas a sectores relacionados con la salud, como son, la educación, la asistencia social, el deporte y la agricultura, entre otras.

Los programas integrales evitan la duplicación de actividades que necesariamente generan los programas verticales, e incluso pueden llegar a integrar la información sanitaria, añadiendo así otro elemento de eficiencia a la gestión del sistema.

Al aumentar la coordinación permite un mayor y más racional uso de los recursos humanos y materiales; además favorecen la participación más organizada y consciente de la comunidad, permitiendo la necesaria fiscalización social de la gestión sanitaria y favoreciendo el enfrentamiento más resolutivo ante los diferentes problemas de salud. Igualmente, aumenta la satisfacción de la población, pues cuenta con una gama de servicios integrados en la gestión del equipo de salud que lo atiende, que es favorecido por una mayor personalización de la atención. No obstante estas hermosas transformaciones y el reconocimiento por lo logrado, el proceso de desarrollo en algunos momentos se vio comprometido.

En la década de los 90 nuestro país se enfrentó a un recrudecimiento del bloqueo con el derrumbe del campo socialista y la URSS. Este hecho provocó incalculables consecuencias no solo en la esfera económica, sino en otras de la sociedad, y la salud pública no escapó de estos acontecimientos. Solo por citar algunos ejemplos se puede señalar que el país se vio limitado en la disponibilidad de recursos para completar la construcción y mantenimiento de los consultorios inicialmente proyectados, aunque es válido destacar que el esfuerzo del Estado y la voluntad política permitió no paralizar la formación de Médicos y Enfermeras de la Familia que ya estaban en las aulas universitarias cuando esto ocurrió.

Durante esos años difíciles, y debido al privilegio de convivir con nuestros pacientes, los Médicos y Enfermeras de Familia sufrimos muy directamente el dolor de la población y todo lo que ello representó para la salud de nuestro pueblo. Este fue, sin dudas también, un daño muy directo a nuestros profesionales, pues fueron testigos de cuánto se afectó la salud de la familia cubana en esa etapa.

Sin embargo, desde el año 2002 todos asistimos con satisfacción a la puesta en marcha del proyecto “Revolución”, concebido por el gobierno cubano y el MINSAP, con el cual se está dando sin lugar a dudas un importante paso de avance en la accesibilidad y calidad de los servicios médicos a todos los ciudadanos. La integralidad de este proyecto está determinada no solo por el hecho de que incluye la reparación capital de las instituciones de salud, o la ampliación y modernización de servicios (ambulatorios, hospitalarios y de urgencia, docentes y asistenciales), sino porque contempla la capacitación al personal que asumirá la responsabilidad de dirigir su puesta en marcha y la de quienes aplicarán nuevas tecnologías, sin descuidar el perfeccionamiento del resto.

Con las transformaciones que tienen lugar se mejora la accesibilidad a partir de la apertura de servicios en los policlínicos que solo han estado disponibles en hospitales: ultrasonido (diagnóstico y terapéutico), áreas de rehabilitación integral, servicios de endoscopia o drenaje biliar; o el incremento en el número o ampliación de otros de los que solo disponían algunas unidades (optometría, estomatología, medicina natural y tradicional, biblioteca con servicio informatizado con acceso a Infomed -red telemática cubana- por solo poner algunos ejemplos). Unido a ello está el programa de ópticas, con el que se incrementa significativamente su número en el país y se mejora la calidad de la atención a las personas con déficit visual.

Al poder ofrecerse en todas las áreas de salud “una asistencia sanitaria esencial, basada en tecnologías prácticas, científicamente válidas y al alcance de toda la población”, se mejora la situación de una de las determinantes del estado de salud de la población, y se fortalecen nuestro sistema de salud, su nivel primario de atención y la Medicina Familiar. Con la puesta en marcha del proyecto “Revolución”, la estrategia de APS en Cuba cobra mayor sentido en el orden práctico. Es incuestionable el salto de calidad que ello implica y la satisfacción que generan estas transformaciones en la población, sin contar el ahorro de tiempo y recursos que entraña.

A lo largo de estos años hemos transitado por etapas felices y otras no tanto, pero creemos que al final, lejos de frenar nuestro avance, generaron nuevos conocimientos que han sido punto de partida para las etapas siguientes.

En su condición renovadora y revolucionaria, la especialidad efectora de la APS en Cuba, la Medicina General Integral, debido a su filosofía y sus bases teórico-prácticas, desempeña un papel protagónico en el alcance de un nivel de salud que ubica a nuestro país en posición similar o superior a países con alto desarrollo. Las fortalezas y potencialidades de este modelo de Medicina Familiar han logrado mantener y mejorar continuamente los indicadores de salud, así como satisfacer las necesidades de la población, lo que constituye un pilar básico de la salud pública cubana, que se encarga de asegurar a cada persona en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento y mejoramiento de la salud.

Hoy es incuestionable el impacto social que ha tenido el desarrollo de la Medicina Familiar en Cuba, por solo citar algunos ejemplos:<sup>4,5</sup>

- El elevado grado de satisfacción de la población por los servicios que recibe.
- El nivel inmunitario alcanzado en el año 2005 es superior al 95,5 % en los niños, los cuales además se encuentran protegidos contra 13 enfermedades prevenibles por vacunas.
- La significativa contribución en la reducción de la mortalidad infantil, con cifras de 16,6 por 1 000 nacidos vivos en 1985, 9,4 en 1995 y 5,8 en el año 2004.
- La tasa de mortalidad en menores de 5 años fue de 7,7 por 1 000 nacidos vivos en el año 2004.
- La dispensarización de la población atendida por los Médicos de Familia es superior al 96 %.
- La disminución de las consultas externas y de cuerpo de guardia hospitalario y su aumento de estas en los policlínicos.
- La continuación de la tendencia decreciente de los ingresos hospitalarios, que en 1984 era de 15,1 por 100 habitantes, y en el año 2004 fue de 10,2.
- El descenso que muestra el registro de estancia hospitalaria y el índice ocupacional.
- La captación temprana de la embarazada por encima del 95 %, lo cual ha permitido aumentar la calidad de la atención prenatal.
- El parto institucional se ha elevado al 99,9 %.
- Un grupo de enfermedades prevenibles por vacunas son eliminadas de nuestro cuadro de salud: la meningoencefalitis tipo B en 1997, y el síndrome de rubéola congénita y de meningoencefalitis postparotiditis en 1989.
- El descenso del índice de BPN de 7,9 en 1984 a 5,5 en el 2003.
- El incremento de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to. mes de vida.

- El incremento de la práctica sistemática de ejercicios físicos como elemento para promover la salud, así como de terapia y de rehabilitación de numerosas enfermedades.
- La elevación progresiva del número de gimnasios fisioterapéuticos como eslabón superior de los servicios de fisioterapia de los policlínicos y de las áreas terapéuticas de cultura física, en muchos de los cuales, su responsable es el especialista de Medicina Familiar.
- La aplicación y extensión de nuevas formas terapéuticas, como la medicina verde, la acupuntura, la digitopuntura y otras.
- Los positivos resultados en las acciones relacionadas con la planificación familiar y la educación sexual.
- La expectativa de vida del cubano hoy está por encima de 76 años.

A todo esto se une la gigantesca proyección internacional de nuestros Médicos y Enfermeras de la Familia. Cuba presta asistencia médica en más de 60 países, y es justo reconocer que entre esos destacados profesionales hay una importante presencia de estos, capaces de enfrentar los principales y más frecuentes problemas de salud que se pueden presentar en las diferentes poblaciones en las cuales laboran. Muchos son ya especialistas en MGI o Licenciados en Enfermería, y otros están realizando sus residencias en esta especialidad o maestrías que contribuirán sin dudas a mejorar su desempeño.

La cooperación médica, a tono con la estrategia de formar un nuevo tipo de profesional que responda a las necesidades de salud de los pueblos en el siglo XXI, no se limita exclusivamente a brindar asistencia médica o de enfermería. La creación de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas es una prueba de la voluntad de formar médicos que respondan a esta estrategia. Jóvenes de decenas de países estudian gratuitamente la carrera de Medicina en Cuba, y están siendo formados en los valores de la solidaridad y la ayuda desinteresada; están siendo educados para que a su regreso a sus respectivos pueblos, puedan contribuir con su esfuerzo a resolver los problemas de salud comunitarios y desarrollar desde su espacio la estrategia de la APS.

Con la presencia directa de nuestros profesionales en otras tierras, o con la transmisión del conocimiento a miles de jóvenes -médicos del futuro-, la Medicina Familiar cubana está validando su modelo más allá de nuestras fronteras. El colofón de esta estrategia ha sido la reciente creación del Contingente de Médicos y Enfermeras Internacionalistas "Henry Reeve", que está formado por cientos de profesionales, entre los cuales muchos son Médicos y Enfermeras de la Familia. En este nuevo contexto, la Medicina Familiar cubana proyecta su humanismo, su sentido de la solidaridad y el deber por encima de cualquier otra cosa.

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

Hoy, a 47 años de iniciado este proceso podemos afirmar que: “La historia de la salud pública cubana ha sido, sobre todo, la historia del desarrollo de la estrategia de la APS.” Baste repasar la historia de la salud pública en Cuba, para apreciar cuánto representó la Revolución cubana para su desarrollo y para las transformaciones en el cuadro epidemiológico del país. Si analizamos el desarrollo de la medicina revolucionaria podremos apreciar cuánto representó la Medicina Familiar para su fortalecimiento.

Incluso digo más, cuando miramos atrás y vemos cuánto se ha hecho desde aquella experiencia que comenzó con los 10 primeros Médicos y Enfermeras de la Familia en el Policlínico “Lawton” y la formación de los primeros 19 especialistas en el “Plaza de la Revolución” en una fecha tan reciente como 1984, nos sorprende la magnitud de esta obra colectiva, fruto de la Revolución.

En medio de esta reflexión me vienen a la mente las palabras expresadas en una ocasión por el doctor *Félix Sansó* cuando dijo: “En cada nuevo Especialista de MGI está el resultado de su propio esfuerzo, el de sus profesores y familiares y el del país. En su modo de actuación está la huella de estos 22 años, pero de manera muy especial, muy en la esencia, está la semilla de aquel primer claustro y trabajadores de los Policlínicos “Lawton” y “Plaza de la Revolución” que confiaron en el proyecto y demostraron que la generalidad sí podía llegar a ser una especialidad, llegue a todos ellos hoy nuestra gratitud.”<sup>4</sup>

Para terminar, permítanme concluir con una frase de nuestro Comandante en Jefe Fidel: “Somos un país pequeño, pero este país pequeño ha podido demostrar cuánto se puede hacer cuando se quiere, cuánto se puede si los recursos humanos de cualquier país pueden ser bien utilizados”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Narey Ramos B, Aldereguía Henríquez. Medicina social y salud pública en Cuba. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1990. 130.
2. Díaz Novás J, Fernández Sacasas José. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989;5(4):556-64.
3. MINSAP. El Plan del Médico de la Familia en Cuba. UNICEF. UNFPA. OPS. OMS. MINSAP. 1991.
4. Presno Labrador C, Sansó Soberats F. 20 years of Family Medicine in Cuba. Medicc Review. noviembre de 2004.
5. MINSAP. Anuario Estadístico. 2004.

Recibido: 28 de abril de 2006. Aprobado: 6 de mayo de 2006.

Dra. *Clarivel Presno Labrador*. ENSAP. Calle Línea esquina I, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: [cpresno@infomed.sld.cu](mailto:cpresno@infomed.sld.cu)

<sup>4</sup>Especialista de II Grado en MGI. Presidenta de la SOCUMEFA.