

La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI

Transformations related to the polyclinic facing the XXI century

Estela Cristina Luna Morales^I; Doris de la C. Sierra Pérez^{II}; Luis Gandul Salabarría^{III}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral. Directora Nacional de APS. MINSAP. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Funcionaria de la Dirección Nacional de APS. MINSAP. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en de Medicina General Integral. Funcionario de la Dirección Nacional de APS. MINSAP. La Habana, Cuba.

RESUMEN

En el presente trabajo se describen de manera sintética las diferentes etapas por las cuales ha transitado el sistema de atención primaria en Cuba y la aparición del modelo de atención de medicina familiar cubana, así como los cambios que han ocurrido a partir del surgimiento del programa de batalla de ideas y el programa revolución en salud. Se hace referencia a los nuevos conceptos y retos del policlínico como centro integrador del sistema de nacional de salud, a las principales características del método de pesquisa activa y el empleo del chequeo integral de salud a la población.

Palabras clave: Transformación, atención primaria de salud, pesquisa activa.

ABSTRACT

In present paper are described in a synthetic way, the different stages by which the primary care system has transited in Cuba, and the appearance of the care model of Cuban family medicine, as well as the changes occurred from the rise of ideas

battle program, and the health revolution program. We made reference to the new concepts and challenges of polyclinic like part of Health National System, to main features of active investigation method, and the use of health integral checkup in population.

Key words: Transformation, health primary care, active investigation.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) constituye, en los momentos actuales, un escenario de profundas transformaciones. Hoy vivimos un momento diferente en la salud pública cubana, desde el llamado de nuestro Comandante en Jefe, en Septiembre de 2002, para perfeccionar el sistema y lograr la participación comprometida, con interés y motivación de nuestros trabajadores, en el camino de la excelencia en el sistema. El Programa de Atención Médica Integral, mostró también una transformación que se corresponde con los momentos actuales.

Surge la necesidad de un nuevo programa del Médico y Enfermera de la Familia, que deje claro los aspectos organizativos necesarios para brindar una atención médica integral dispensarizada de excelencia, que responda a las exigencias actuales, y garantice las acciones que permitan avanzar en estos tiempos, en el que se incrementa cada vez más el Programa Integral de Salud para la ayuda solidaria a otros pueblos, la continuidad al cumplimiento de las misiones en países hermanos del mundo, y en especial, la misión en el hermano pueblo de Venezuela, lo cual nos ha llevado a perfeccionar nuestros recursos humanos. Se redimensionan, por tanto, los perfiles de nuestros profesionales y técnicos, en especial, el perfil de desempeño de la Enfermera de la Familia, que toma un papel relevante en nuestro programa.¹

El nuevo programa se llevó a un proceso de discusión en todos los niveles del sistema de salud y fuera del sistema, pues las acciones emanadas del Programa de Atención Médica Integral a la Familia no son exclusivas del Médico y Enfermera de la Familia, ni del sistema de salud, ya que se necesita también participación social, comunitaria y la acción intersectorial para lograr la calidad y la excelencia de nuestros servicios.

Evolución de la APS en Cuba y del programa de medicina familiar

Desde el triunfo de la Revolución Cubana, la APS en Cuba ha sido una política de Estado y el eje de la transformación continua del sistema nacional de salud, y ha transitado por diferentes períodos:

- En el año 1959 se constituye el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y se firman Programas de Control y Erradicación del Paludismo.
- En el año 1960 se inicia la cobertura con servicios médicos a las áreas rurales del país, se realiza la Promulgación de las Leyes No. 723 y No. 919, que regulaban el servicio médico y estomatológico rural; se constituye igualmente el Ministerio de

Salud Pública, y se comienzan a desarrollar diferentes programas de lucha contra las enfermedades infecciosas que predominaban en el cuadro de salud de nuestra población.

- En el año 1964 se crea el primer Policlínico Integral en la comunidad, con un concepto integrado de los servicios, basado en acciones preventivo-curativas, y se norma la atención integral materno infantil. Aparece el concepto de Programa de Salud del Área, constituido por actividades de protección y recuperación de la salud, surgidos del estudio y diagnóstico de la situación de salud de la comunidad.
- En la década del 70 aparecen los Programas Básicos:

- Atención integral al niño.
- Atención integral a la mujer.
- Atención integral al adulto.
- Control de enfermedades transmisibles.
- Higiene urbana y rural.
- Higiene de los alimentos.
- Medicina del trabajo.

- En el año 1973 el Programa de Salud del Área deja de ser el espacio metodológico integrador de las acciones y de la gestión sanitaria, entorpeciendo su marcha, por lo que en 1974, se crea un Modelo Experimental en el Policlínico Comunitario, con el desarrollo de la función docente en la formación de especialistas básicos en la comunidad, y se extiende el modelo de Policlínico Comunitario al resto de la Ciudad de La Habana y a todo el país.

Desde los primeros años aparecen las ideas del Comandante en Jefe sobre el Plan del Médico y Enfermera de la Familia, y el 4 de enero de 1984, en un área de salud perteneciente al Policlínico Lawton, en la Ciudad de La Habana, 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.²

Lo que propició el surgimiento del Programa de Medicina Familiar fue:

- 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 de un predominio de las enfermedades infecciosas en la década del 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 súper 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.
- La voluntad política de desarrollar un nuevo tipo de atención médica dirigida a la promoción de salud y la prevención de enfermedades.³

El inicio del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia constituyó la expresión más acabada de integración del pensamiento sanitario de la Revolución Cubana a la interpretación de la realidad sociosanitaria existente, y un hito en el desarrollo de la APS en Cuba.

Concebido a partir de la experiencia sanitaria nacional e internacional y sustentada en un enfoque clínico, epidemiológico y social en el tratamiento de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, el modelo se extendió rápidamente al resto del país. El enfoque integral del modelo y el diseño de un programa como herramienta metodológica para su organización y conducción, fueron resultados de la histórica conducción programática sanitaria, y la orientación permanente en el perfeccionamiento del primer nivel de atención hacia el desarrollo de una concepción y práctica de atención médica integral.

En el programa se define que el Médico y la Enfermera de la Familia son los responsables de su ejecución en su comunidad, y que organizarán su trabajo a partir de las necesidades de la población que atienden, utilizando el análisis de la situación de salud para la identificación y búsqueda de solución a esas necesidades y la dispensarización para la planificación del proceso de atención.³

La medicina familiar ha jugado un rol muy importante dentro de la estrategia sanitaria cubana, y ha tenido un elevado impacto en el mejoramiento de salud de la población. Se extendió la red de policlínicos en todo el país, la cobertura con Equipos Básicos de Salud cubre al 100 % de los cubanos que viven en áreas montañosas, rurales y urbanas. Además, se ha logrado convertir a la comunidad en la universidad médica por excelencia, con el desarrollo de los procesos de formación de pre y posgrado en el área de salud.

En el año 1987 surge el Plan Turquino Manatí, programa de mejoramiento integral de la calidad de vida de los habitantes de las montañas, en las que también se extiende el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.¹ En el año 1994, además, se crea la Sociedad Cubana de Medicina Familiar.

En la década de los 90 nuestro país se enfrentó a un recrudecimiento del bloqueo con el derrumbe del campo socialista y la URSS, hecho que provocó incalculables consecuencias en la esfera económica y 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.³

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.

En el año 1999 comenzó el Programa Integral de Salud para la ayuda solidaria a otros pueblos, a partir de los desastres naturales ocurridos en Centroamérica, por lo que graduados de *Excepcional Rendimiento* comienzan a brindar servicios en las zonas montañosas de esta región y de nuestro país. En el marco del presente milenio, el Programa Integral de Salud (PIS) traza claramente la estrategia de

formación y educación continuada, que constituye la referencia obligada para la construcción de un modelo del desarrollo profesional en Cuba, de acuerdo con los objetivos, propósitos y directrices del referido programa.⁴

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.⁴

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.⁴

Las transformaciones actuales

En el año 2002 se inician los Programas de la Revolución, y dentro de ellos, los Programas de la Revolución en Salud. Estratégicamente el Programa definió 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 del sistema de salud y de la atención ambulatoria, en la organización de los servicios y en los programas de salud.

Desde septiembre del año 2002 fuimos convocados por nuestro Comandante en Jefe a perfeccionar el sistema de salud en general y la APS en particular. Las premisas de las actuales transformaciones en este nivel de atención están basadas en el acercamiento de los servicios a la población, adecuar los servicios a la situación de salud de cada lugar, a la formación y perfeccionamiento continuo de los recursos humanos, así como al mejoramiento e introducción de nuevas tecnologías.

Significativas transformaciones materiales se han producido con el acelerado proceso de reparación integral de los policlínicos, por la necesidad de llevar al policlínico servicios especializados que solo se brindaban en el hospital, y se ha producido, por ello, una transferencia de alta tecnología a estos, con extensión de los servicios integrales de rehabilitación, los servicios de bibliotecas informatizadas, un incremento del equipamiento de ultrasonido, de rayos x, electrocardiograma, e incluso, el nacimiento de nuevos servicios como endoscopia, apoyo vital y trombolisis, quimioterapia, audiometría, salón de parto, áreas intensivas municipales, entre otros, que han incrementado el poder resolutivo del policlínico al acercar los servicios a la población, y contribuir así a mejorar su satisfacción.

En el año 2003 comienza el Programa Barrio Adentro en la República Bolivariana de Venezuela con nuestros Médicos de Familia, a través del cual se ha demostrado un

alto grado de solidaridad con el mundo, pues desde ese momento se incrementa, en gran medida, la cooperación con otros pueblos del mundo, así como el inicio de grandes programas como la *Operación Milagro*, que han traído grandes beneficios para la humanidad.

En el año 2004 el policlínico se convierte en el Policlínico Universidad, con un nuevo modelo de formación, y pasa a ser el escenario para la formación de las carreras de Medicina, Estomatología, Psicología, Enfermería y todas las pertenecientes a las Tecnologías de la Salud, con una formación integral desde la comunidad, y basado en la educación en el trabajo, con la fusión de la docencia, la asistencia y la investigación, como elementos indisolubles de un mismo proceso, considerando escenarios docentes tanto los del policlínico como de otras instituciones dentro y fuera del área de salud, así como, otros escenarios en la comunidad, como son, por ejemplo, las viviendas en las que se realiza ingreso en el hogar, como modalidad de atención peculiar de nuestro programa.

En la actualidad, el policlínico es la institución básica del sistema nacional de salud y rectora de las instituciones de salud de su área, responsabilizada de integrar y materializar todas las acciones del sistema de salud, por lo que es la responsable de conducir al paciente por todos los niveles de atención hasta la solución de sus problemas. Los servicios del policlínico se organizan y planifican en función de los problemas de salud de su población o la del territorio, y se garantiza un programa de capacitación y formación permanente de los recursos humanos, para garantizar el funcionamiento de los servicios y otras necesidades, en coordinación con las sedes universitarias. Sistemáticamente se explora la satisfacción de los prestadores y usuarios con el departamento de atención a la población, y desde los diferentes servicios en forma permanente y en forma de búsqueda activa, para la toma de decisiones en la organización de los servicios.

Los horarios y frecuencias de los servicios están convenidos con los factores de la comunidad, según sus necesidades y demandas, y se planifica, de manera sistemática, el traslado de los servicios en poblaciones rurales y/o de difícil acceso, comunidades aisladas, barrios insalubres, comunidades complejas según su cuadro de morbimortalidad, higiénico-epidemiológico y social, a través de jornadas por la salud u otras modalidades.

Cuba cuenta con 498 policlínicos en todo el país, con más de 14 000 consultorios médicos y más de 31 000 Médicos de Familia. En todos los policlínicos se brindan más de 25 servicios, algunos de alta complejidad y con tecnología de avanzada, entre los cuales se encuentran:

- Rehabilitación integral.
- Electrocardiografía de urgencia y electivo.
- Rayos x.
- Ultrasonido.
- Optometría.
- Endoscopia.
- Apoyo vital y trombolisis.
- Traumatología.
- Laboratorio clínico.
- Planificación familiar.
- Esterilización.
- Estomatología de urgencia.
- Atención integral a la mujer y al niño.
- Inmunización.

- Atención integral al paciente diabético.
- Atención integral al adulto mayor.
- Consultas externas de especialidades no básicas.
- Otros.

En algunos policlínicos, según los problemas de salud de la población, se brindan además:

- Oftalmología.
- Drenaje biliar.
- Regulación menstrual.
- Cirugía menor y mayor.
- Laboratorio de alergia.
- Quimioterapia.
- Áreas intensivas municipales.
- Audiometría.
- Salón de parto.
- Salas para ingreso.
- Box de extracción de sangre.
- Genética.
- Otros.

Como puede observarse, se ha producido en el último quinquenio una transferencia tecnológica importante de los hospitales al policlínico, para acercar aún más los servicios a la población, incrementando la complejidad y calidad de sus procedimientos y servicios, con lo que se eleva su resolutivez y mejora la satisfacción de la población.

Retos del policlínico como centro integrador

Dentro de los retos que trabaja el policlínico en la actualidad, es lograr que sea el centro integrador del sistema de salud, alrededor del cual se organice la atención a la población y constituya el principal escenario de la formación de los recursos humanos del sistema, para lo cual tiene que ser líder sobre las instituciones del área de salud, demandar a las otras instituciones del sistema las necesidades de su población, y hacerse responsable de conducir al paciente por todos los niveles de atención hasta la solución a sus problemas, por lo cual se desarrolla el concepto de institucionalidad en la atención médica, a partir del policlínico.

El área de salud se define como *el espacio territorial, con límites geográficos definidos, en el que reside una población que recibe atención integral de salud a través de un policlínico.*

Nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, en el discurso pronunciado el 26 de julio de 2006 en la provincia de Granma, planteó que el policlínico es la institución preventiva por excelencia del SNS, y la dedicada al diagnóstico precoz de las enfermedades, por lo que tiene que desarrollar permanentemente, y como método de trabajo sistemático, la *pesquisa activa* en su población, para la identificación y solución oportuna de los problemas de salud como responsabilidad del Estado, y citó: *"¿Qué significa esto? El verdadero diagnóstico del estado de salud de una población y el más grande avance que pueda concebirse para elevar las perspectivas de vida del ser humano en la actualidad..."* (Discurso pronunciado por

el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en el acto por la sede del 26 de julio de 2006 en la provincia de Granma).

Por tal motivo, en las transformaciones actuales del policlínico, se introduce la *pesquisa activa*, como método sistemático y permanente de trabajo, con responsabilidad del sistema en la identificación y solución oportuna de los problemas de su comunidad, y se logra, de esta manera, la participación comunitaria e intersectorial en la ejecución de las acciones para mejorar el estado de salud de su población.

¿Qué debe ser pesquisado?

Lo que constituya un problema de salud en la comunidad y que pueda ser solucionado por el sistema de forma oportuna.

¿Cómo debe ser pesquisado?

A través de un chequeo integral de salud a toda la población, al menos una vez al año.

Elementos a tener en cuenta para la realizar la pesquisa:

- Utilizar el Análisis de la Situación de Salud como herramienta fundamental para la identificación del problema a investigar en la población. Utilizar los recursos humanos propios de cada territorio (médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud y otros) debidamente capacitados, y con entrenamiento previo referente al problema que se va a investigar.
- Para impartir la capacitación de los recursos humanos que realizarán la pesquisa, se deben seleccionar a los expertos en el tema, participando los 3 niveles de atención del sistema de salud.
- Los recursos humanos deben comprender la importancia de lo que se realiza, conocer y dominar las misiones dadas, e incorporarlo como nuevo método y estilo de trabajo.
- Los servicios del policlínico y el resto de las instituciones del territorio deben estar organizados para dar seguimiento y solución oportuna a los problemas identificados.
- Garantizar la organización de los diferentes niveles de atención del sistema de salud, desde el policlínico, para el seguimiento de las acciones de la pesquisa y conducir al paciente hasta la solución de los problemas.
- Organizar la pesquisa con consentimiento informado de las autoridades del territorio, de los trabajadores de la institución y de la población del área de salud.
- Informar en detalles a las autoridades del territorio y a la población el objetivo de la pesquisa, y lo que se espera de ella, utilizando los medios de comunicación y difusión local, además de los diferentes espacios de intercambio con las organizaciones políticas y de masas del territorio.
- Evaluar la tecnología apropiada de que disponen y los que se necesitan antes de comenzar la pesquisa, para demandarlos y planificarlos dentro del presupuesto.
- Garantizar un sistema de información (incluyendo la informatización) que permita ir conociendo los resultados diariamente, para la toma de decisiones oportuna, incluyendo la posibilidad de organizar oportunamente la solución de nuevos problemas que surjan en la pesquisa.
- Desarrollar, dentro de las acciones de la pesquisa, una estrategia de información, comunicación y educación para la salud.
- Planificar y organizar las acciones en diferentes horarios (extendidos y deslizantes) que garanticen que se realice todo lo planificado en la pesquisa, en el

100 % del universo determinado.

- En el caso de la *pesquisa integral*, se realizará el interrogatorio, examen físico completo a cada individuo, así como los complementarios básicos: rutina de laboratorio clínico, ultrasonido, R x de tórax, examen estomatológico, optometría, y todos aquellos que se determinen según resultados del examen físico y los riesgos identificados.
- La pesquisa se puede realizar en consulta (ya sea en el consultorio médico o en el policlínico) y/o en visitas a las viviendas.
- Organizar la pesquisa por circunscripción de forma planificada, cerrando la población a pesquisar por Consejo Popular, hasta lograr la *pesquisa integral* a la totalidad de la población al cierre del año.

¿Qué se necesita para extenderlo?

- Sensibilidad y cambio de mentalidad para incorporarlo como nuevo método de trabajo.
- Organizar y planificar las acciones.
- Integrar los diferentes niveles del sistema desde el policlínico.
- Lograr la participación comunitaria e intersectorial.

¿Qué esperamos de la pesquisa?, una revolución:

- De los conceptos de salud en todos los niveles de atención.
- De la opinión del pueblo.
- La reafirmación de una conciencia de consagración.
- La solución de muchos problemas y el aumento de la calidad de vida.
- La realización una vez más de las esperanzas del pueblo.

Otro aspecto importante de la transformación del policlínico es que realiza una planificación para la formación y el perfeccionamiento continuo de sus recursos humanos, y desarrolla la investigación en función de sus problemas. Desarrolla, además, una Estrategia de Grados Científicos para todos sus recursos humanos, lo cual fortalece la calidad de la atención médica.

La necesidad de mejorar la calidad de la atención médica integral que se brinda a la población cubana continúa siendo una prioridad. Elevar la eficiencia y efectividad de la gestión del Médico y la Enfermera de la Familia en función de los problemas de salud a los que se enfrenta, es requisito indispensable para el desarrollo de una atención médica integral que mejore la calidad de la atención, y por tanto, la satisfacción de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAP. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Programa de Atención Integral a la Familia. La Habana; 2004.
2. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J. Del policlínico integral al médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989;5(4):564-6.
3. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006;22(1):2-6.

4. Hatim Ricardo A. Modelo de desarrollo profesional: propuesta metodológica. Educ Med Super. 2003;17(1):47-52.

Recibido: 6 de febrero de 2008.

Aprobado: 9 de junio de 2008.

Estela Cristina Luna Morales. Calle 23, esquina N, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: cluna@infomed.sld.cu