

La Medicina General Integral una especialidad clínica con un verdadero enfoque biopsicosocial de la salud de la población

General Integral Medicine, a clinical specialty with a real biopsychosocial approach to the population's health

MSc. Leonardo A. Cuesta Mejías, MSc. Clarivel Presno Labrador

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: a partir del año 1984 se desarrolla en Cuba el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, a partir del cual surge la especialidad de Medicina General Integral como especialidad efectora de la Atención Primaria de Salud, lo que ha propiciado el desarrollo de un potencial científico para el abordaje integral de la salud de la población.

Objetivo: reflexionar sobre los antecedentes de la especialidad de Medicina General Integral en Cuba, a partir de una revisión bibliográfica y la experiencia en la práctica de los autores.

Desarrollo: el especialista en Medicina General Integral caracteriza de manera detallada y particular a la población que atiende, identifica sus problemas de salud y establece una estrecha relación no solo médico-paciente, sino también médico-familia y médico-comunidad. Considera a los individuos de una manera integral, pertenecientes a una familia e insertados en una comunidad.

Conclusiones: la Medicina General Integral como disciplina científica, determina la adquisición de las competencias necesarias para la solución de problemas sociales de nuestra población.

Palabras clave: Medicina General Integral, enfoque biopsicosocial, salud, población.

ABSTRACT

Introduction: since 1984, the Program of the Family Physician and Nurse emerged in Cuba and gave rise to the General Integral Medicine specialty as performing specialty of the primary health care. The aforementioned has encouraged the development of the scientific potential to comprehensively approach the population's health.

Objective: to thoroughly think about the antecedents of this specialty in Cuba from a literature review and the practical experiences of the authors.

Discussion: the General Integral Medicine specialist characterizes in detail the population that he/she cares of, identifies their health problems and establishes a close relationship with the patient, the families and the community. He/she regards the individuals in a comprehensive way, as part of a family and inserted into the community.

Conclusions: general Integral Medicine as a scientific discipline determines the learning of necessary competencies to solve social problems of our population.

Keywords: biopsychosocial approach, population health, General Integral Medicine.

INTRODUCCIÓN

Si pretendemos ser consecuentes con el concepto de salud, entendida como el perfecto bienestar biológico, psicológico y social,¹ podemos asegurar que es un tema pendiente para la mayoría de los sistemas de salud del mundo. En este sentido Cuba es sin dudas, una excepción.

El Sistema Nacional de Salud cubano, basado en la Atención Primaria de Salud y con la Medicina General Integral (MGI) como especialidad efectora principal de esta estrategia para el logro de la salud de la población cubana, sin dudas, ha propiciado el desarrollo de este enfoque, dando un especial énfasis a la contribución de esta disciplina científica para el enfrentamiento y solución de un grupo importante de problemas sociales de nuestra población.

Aún con los resultados obtenidos en nuestro país en este campo de la salud, existen objetivos que no se han podido lograr de manera absoluta. Desterrar del desempeño de nuestros médicos en general, de nuestros médicos de familia en particular, y de los especialistas en Medicina General Integral en especial, el abordaje biologicista de la atención de la salud de la población, no es algo que en poco menos de 30 años, objetivamente, se hubiera podido alcanzar completamente.

No obstante a ello, múltiples son los ejemplos que nos permiten afirmar que la Medicina General Integral, como disciplina científica, nos ha puesto en el camino correcto para ir acercándonos cada vez más a la consecución de este propósito. Por tal motivo nos hemos propuesto como objetivo en esta investigación reflexionar sobre los antecedentes de la especialidad de Medicina General Integral en Cuba, a partir de una revisión bibliográfica y la experiencia en la práctica de los autores.

DESARROLLO

El Sistema Nacional de Salud (SNS) Cubano comenzó a "vivir" el 4 de enero de 1984, una verdadera revolución,² que sin dudas cambió el rumbo y el ritmo de su permanente proceso de reformas, cuando comenzó por iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, el plan del Médico de la Familia en el área de salud del Policlínico Docente Lawton, en Ciudad de la Habana.

Hoy cualquier especialidad del Sistema Nacional de Salud cubano tiene al menos, diez veces menos especialistas que la Medicina General Integral. Un número no despreciable de estos especialistas son diplomados o máster en diferentes ramas de las ciencias de la salud y otros especialistas de II Grado. Por todo esto podemos afirmar que la Medicina General Integral ha acumulado, en su cuerpo de profesionales especializados, un alto potencial científico.

Este potencial científico acumulado y el abordaje integral de la salud de la población, dígame individuo, familia y comunidad, ha permitido el enfrentamiento por el especialista en MGI, de un grupo importante de problemas sociales que afectan a la comunidad en los diferentes territorios.

Con este modelo de atención se brinda, desde hace ya algunos años, cobertura médica al 100 % de la población cubana; en la inmensa mayoría de los casos lo hace con médicos especialistas en Medicina General Integral. Es este un primer y esencial problema social resuelto, la accesibilidad universal a los servicios de salud.

Cuando hablamos de accesibilidad universal a los servicios de salud nos referimos a la no existencia de ninguna barrera, la no distinción ni por sexo, ni por raza o color de la piel, origen étnico, religión o filiación política particular. Valoremos entonces cuántos problemas sociales estamos no solo enfrentando, sino mejor aún, previniendo.

Por otro lado, si se garantiza una cobertura casi total del servicio con médicos especializados en Medicina General Integral (para muchos la medicina familiar cubana), y si tenemos en cuenta, como enuncia Robert Taylor, que, «el médico de familia,... es el que provee cuidados de salud continuos e integrales en el contexto de la familia,... sean estos biológicos, psicosociales o del comportamiento, o cualquier combinación de los mismos»,³ pueden nuestros profesionales especialistas en MGI realizar, desde el desempeño de su disciplina científica, una contribución sensible al enfrentamiento y solución de importantes problemas sociales en nuestras comunidades.

Si un especialista está en posibilidad de aplicar el método científico, específicamente el método clínico, con el énfasis al que están llamados los profesionales de las ciencias médicas hoy en nuestro país, ese es el especialista en MGI, vinculado directamente al trabajo como médico de familia en la comunidad.

El especialista en MGI se familiariza consecuentemente con la población que atiende; llega a caracterizarla de manera detallada y particular; identifica sus problemas de salud de manera específica; establece una estrecha relación no solo médico-paciente, sino también médico-familia y médico-comunidad; y logra contar con un número mayor de fuentes de información.

Además considera a los individuos de una manera integral, pertenecientes a una familia, insertados en una comunidad, tiene en cuenta no solo sus afecciones puramente biológicas, crónicas no transmisibles o transmisibles, sino las

afectaciones en sus emociones y respuestas psicológicas y todas las alteraciones de sus relaciones sociales o problemas que aparecen en esta esfera.

También registra como ningún otro profesional, en la Historia de Salud Familiar (HSF) la condición de morbilidad de cada uno de sus integrantes, los clasifica en grupos dispensariales, registra igualmente las visitas familiares y la evaluación que realiza de las modificaciones en las condiciones de vida de la familia. Lleva en esta HSF el vínculo estudiantil o laboral de cada uno de sus integrantes, las condiciones estructurales de las viviendas, la tenencia o no de animales domésticos, la existencia de hacinamiento o no.

Otros aspectos que recoge igualmente son: la etapa del ciclo de vida en que se encuentra una familia, el fameliograma, el funcionamiento familiar, la existencia o no de crisis familiares, sean estas transitorias o no transitorias. Registra sistemáticamente la escolaridad, ocupación e ingresos económicos de los integrantes de la familia y de esta como un todo.

Con toda esta información que recoge, lleva a cabo un análisis que le permite saber de qué manera repercute la situación de salud de un individuo en su seno familiar, e igualmente cómo influye el funcionamiento familiar en el estado de salud de cada uno de sus integrantes. Le permite analizar en qué medida está cada miembro de la familia integrado socialmente y cómo se inserta la familia en la comunidad.

Comoquiera que la salud de una población es ante todo un producto social, debemos considerar el papel que juega el especialista en Medicina General Integral, desde su práctica de Medicina Familiar en la comunidad, como "líder técnico" de ese proceso de producción social de salud a su nivel. Esto sin dudas lo logra a través del cumplimiento de su programa de trabajo y de las funciones y acciones que tiene establecidas.

Para liderar este proceso, cuenta en primer lugar con un arma fundamental, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), del cual son pilares fundamentales la participación comunitaria y el logro del desarrollo de la intersectorialidad.

Mediante el ASIS se identifican, de conjunto con la comunidad, los principales problemas que a esta la afectan. Se entran a valorar no solo aquellos problemas eminentemente médicos que identifica el Equipo Básico de Salud (EBS), constituido por el binomio médico-enfermera, se tienen en cuenta problemas de índole sociales, que puede identificar el EBS o la propia comunidad.

Dentro de los problemas que se identifican en una comunidad se pueden encontrar aquellos que el EBS puede resolver por si mismo, aquellos que requieren el concurso de la propia comunidad, otros que deben ser enfrentados por otros sectores de la sociedad que rebasa los límites del territorio, e incluso se llegan a identificar problemas que requieren el financiamiento externo a través de la implementación de proyectos de intervención.

Estos problemas, una vez identificados, deben ser sometidos a un proceso de priorización, dado generalmente por las características de los mismos y lo limitado que son los recursos para enfrentarlos y resolverlos en la mayoría de las ocasiones. Identificados, clasificados y priorizados los problemas corresponde entonces la elaboración de un plan de acción para proceder a la solución de los mismos.

Es importante reiterar la necesidad de la participación comunitaria y de la intersectorialidad desde la propia fase de identificación de los problemas. Ahora bien, reviste una importancia capital esta participación comunitaria y social en esta

fase de elaboración del plan de acción pues de no cumplirse con este requerimiento, se corre el riesgo de que se responsabilice al EBS con la solución de la inmensa mayoría de los problemas identificados, cuando en la práctica esa no es la realidad.

Esto determina en muchas ocasiones que no se solucionen muchos de los problemas identificados, que no se modifique el estado de salud de las poblaciones y que se culpe a la competencia y el desempeño de los miembros del EBS con la no consecución de los objetivos propuestos y de las acciones a realizar según el plan de acción.

Se puede recordar de nuestra práctica como médicos de familia, en los inicios del programa en la década de los años 80 del siglo pasado, la situación que se dio en varias comunidades atendidas por médicos de familia en el área de salud del Policlínico Docente Lawton, del municipio 10 de Octubre, con un número elevado de jóvenes desvinculados del estudio y el trabajo.

Esta era una situación que se venía sufriendo, que era de alguna manera percibida pero no fue verdaderamente concientizada, hasta que en varios de los análisis de la situación de salud liderados por esos médicos de familia sale a la luz, logrando desde aquel entonces un poder de convocatoria de los líderes formales y no formales de la comunidad y de los representantes de los diferentes sectores de la economía del territorio.

Fue en este marco donde esta situación fue realmente identificada como un serio problema social para aquellas poblaciones, donde se le dio el necesario nivel de prioridad a su enfrentamiento y donde varios de aquellos sectores buscaron las vías y mecanismos para hacer atractivas ofertas de empleos y de continuación de estudios a aquellos jóvenes.

Como resultado se logró que la inmensa mayoría de esos jóvenes dejaran de tener esa preocupante condición de desvinculados del estudio y el trabajo y fueran insertados en la sociedad en el cumplimiento de tareas socialmente útiles. Muchos de ellos llegaron a ser incluso obreros destacados, técnicos y profesionales con resultados satisfactorios en su accionar.

La solución de este como de muchos otros problemas sociales, ha partido en no pocas oportunidades del proceso del ASIS, solo a modo de ejemplo, en uno de los consultorios de este propio policlínico se identificó un número inusual de gestantes con baja o insuficiente ganancia de peso durante una etapa del embarazo. Se evaluó que este hecho estaba relacionado con múltiples factores, pero entre ellos estaba el aporte insuficiente de calorías que recibían, producto de ser muchas de ellas madres solteras o pertenecientes a núcleos familiares con muy bajos ingresos, y que se mantenían fundamentalmente con la canasta básica, priorizando fundamentalmente a los niños pequeños para el consumo de alimentos.

Al estar participando varios sectores y la propia comunidad dentro de estos análisis, el representante de gastronomía decidió vincular a varias de estas gestantes con las panaderías del área donde se les ofertaba una cuota de pan y dulces a precios módicos de manera priorizada. Por otra parte, el director de una de las empresas del área lanzó la propuesta, que se aprobó, de vincularlas a comedores obreros del territorio, donde se les vendía el almuerzo diariamente, garantizando un ingreso superior de calorías e incluso de nutrientes de alto valor biológico.

Otra herramienta de trabajo del especialista en MGI lo constituye la dispensarización, proceso dinámico de evaluación e intervención en la salud individual y familiar a punto de partida del cumplimiento de una frecuencia mínima de evaluación de las personas, previamente clasificadas en 4 grupos dispensariales, a saber:

- Grupo I: supuestamente sanos
- Grupo II: pacientes en riesgo
- Grupo III: pacientes con enfermedades crónicas
- Grupo IV: pacientes con discapacidades

Esto ha permitido identificar aquellas personas que por sus características, como el no sufrir enfermedades crónicas o agudas invalidantes como la hepatitis, el VIH-Sida; el no tener factores de riesgo asociados, sobre todo de enfermedades infecciosas, se pueden considerar dentro del potencial de donantes de sangre.

De todos es conocido que la demanda de sangre en los hospitales determina poder contar con este potencial y de esa manera enfrentar un serio problema social que constituye la carencia de sangre en estas unidades, sobre todo después de eliminar definitivamente la solicitud de donación a los pacientes que ingresaban para operarse, lo cual constituía una contradicción pues establecía en cierto sentido, una barrera para el disfrute de un derecho como lo es la atención de salud, establecido en la Constitución de la República como una obligación del Estado

La dispensarización de los pacientes de la tercera edad ha permitido identificar los ancianos frágiles con necesidades de atención diferenciadas, así como la de los discapacitados de cualquier edad con similares características, y poder enfrentar de manera planificada sus situaciones particulares relacionadas fundamentalmente con problemas de índole social.

Entre otros de los problemas sociales identificados están las necesidades de cuidados en el propio hogar del anciano o discapacitado, necesidades de alimentación, necesidades de suministros de instrumentales como bastones o muletas, sillones de ruedas, espejuelos y el subsidio de medicamentos.

Todas estas necesidades se identifican en las evaluaciones periódicas establecidas en la dispensarización y se canalizan a través de la relación del médico de familia con la trabajadora social del área.

Un problema social como el envejecimiento de nuestra población determina la aparición de un conjunto de nuevos problemas sociales relacionados con la población en esta etapa de la vida.

La creación y conducción por parte de los médicos de familia de los círculos de abuelos ha permitido la vinculación de un número creciente de ancianos a este servicio y el abandono del sedentarismo, de la polifarmacia y del aislamiento social en que vivían muchos de ellos, permitiendo, entre otros beneficios, una verdadera mejoría en la calidad de vida de los mismos.

También hay que destacar que esta práctica de la incorporación de los ancianos a los círculos y a las casas de abuelos ha permitido a muchas familias el mejor cuidado de sus familiares de esta edad y evitar el desprendimiento que significa su internamiento en los Hogares de Ancianos.

Todo esto ha estado facilitado por la continuidad de la atención que propicia el especialista en Medicina General Integral como Médico de Familia.

Una práctica no menos importante del Médico de Familia lo ha constituido, casi desde los inicios del Programa, la modalidad de atención denominada Ingreso en el Hogar, la cual se aplica en los casos que requieren de cuidados médicos, de encamamiento y de algunos procedimientos, pero que no tienen que realizarse necesariamente estando hospitalizado el paciente.

En cualquier momento en general, pero en las condiciones del período especial en particular con problemas para el transporte, para la alimentación doméstica, pero sobre todo en instituciones estatales como los hospitales, con déficit de recursos materiales como los de lencería, entre otros, el ingreso en el hogar constituyó una verdadera opción para la atención con dignidad y calidad de un grupo importante de personas con problemas de enfermedad que no tuvieron que necesariamente hospitalizarse.

Igualmente ante la ocurrencia de epidemias como las del dengue que hemos sufrido en los últimos años, el ingreso en el hogar ha permitido enfrentar el serio problema social de saturación de los hospitales y ha evitado la propagación de la epidemia.

Dentro de la atención del Programa Materno Infantil se enfrentan sistemáticamente, situaciones de las gestantes y de los niños menores de un año, grupos altamente priorizados en su atención que requieren de un seguimiento diario y en algunas ocasiones con mayor frecuencia.

De no aplicarse por el especialista en Medicina General Integral el ingreso en el hogar, muchos de estos casos hubieran tenido que ser hospitalizados, o en el caso de las gestantes, al menos ingresadas en los hogares maternos.

Muchas madres con otros hijos pequeños o sin familiares para su acompañamiento en instituciones hospitalarias han visto en el ingreso en el hogar la solución a problemáticas de índole social que los hubieran puesto en desventaja para el enfrentamiento de determinadas situaciones de salud.

Finalmente la atención a pacientes con enfermedades en estadio terminal, sobre todo de tipo neoplásicas, han obligado al especialista en MGI a apropiarse de competencias y desempeños para la atención de estos casos, incluyendo la relación con sus familiares. Ha sido también importante el uso del ingreso en el hogar para el enfrentamiento de estas situaciones en incremento, dado el lugar que está ocupando el cáncer dentro de las causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país, donde ya en la mayoría de las provincias constituye la primera causa de muerte.

CONCLUSIONES

La Medicina General Integral como disciplina científica, determina en sus especialistas el dominio de un grupo importante de competencias y desempeños,

que los pone en ventajosa posición con respecto a la mayoría de otros especialistas de nuestro sistema nacional de salud, para el enfrentamiento y solución de un grupo importante de problemas sociales de nuestra población.

Dentro de las herramientas con que cuenta para el desempeño de su labor se deben destacar: el Análisis de la Situación de Salud, la dispensarización, el ingreso en el hogar y la atención a pacientes en estadio terminal.

El liderazgo que desempeña este especialista dentro de la comunidad hace que se pueda alcanzar una participación comunitaria y social más efectiva en la solución de los problemas de la comunidad con énfasis en los problemas sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1990; 108(5):645-6.
2. De la Torre Montejo, E. Prólogo. En: Alvarez Sintés, R. Temas de Medicina General Integral Volumen I, Salud, Medicina, Habana, 2001, p IX.
3. Taylor R. Capítulo I, Elementos esenciales, fundamentos y principios de la Medicina Familiar. En: Ceitlin, J, Gómez Gascón, T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. Madrid: SemFYC, 1997:423.

Recibido: 15 de septiembre de 2013.

Aprobado: 16 de octubre de 2013.

MSc. *Leonardo A. Cuesta Mejías*. Escuela Nacional de Salud (ENSAP).
leonardo.cuesta@infomed.sld.cu