

Un breve comentario sobre el modelo de Medicina Familiar en Cuba

A brief commentary about the Cuban model of family medicine

Silvia Martínez Calvo

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Considero necesario y oportuno hacer este resumido comentario sobre la creación, implementación y evolución del innovador modelo cubano del Médico y Enfermera de la Familia, posteriormente denominado modelo de Medicina General Integral.¹ Haber participado desde sus inicios en el diseño del programa de formación en pregrado² y del especialista en MGI³ propició un intercambio frecuente con muchos de sus ejecutores en todos los niveles del sistema de salud y con esas vivencias, debe garantizarse la objetividad de este comentario.

Son diversos los modelos de MF en el mundo, por tanto, no somos sus creadores, somos "adaptadores" de esos modelos previamente existentes,⁴ eso sí, desde nuestra concepción y condiciones políticas, económicas y sociales. Después de años de ejecución, han surgido detractores acerca de la importancia, vigencia o deterioro de esos modelos,⁵ por eso y para los interesados en el tema, este comentario podría contribuir a esas valoraciones desde una visión nacional.

¿Qué ha sido y qué es el médico familiar en Cuba? Existe total unanimidad en considerar su creación como un impulso político a una visión integral de la salud que favorece un modelo de práctica no hegemónica, o sea, en un sistema de salud donde predomina el médico-centrismo se propuso un quehacer integrador, que asegurara una atención del ciudadano enfocada más a la influencia de los determinantes sociales en su situación de salud, que a una acción recuperativa característica como solución a sus problemas, aunque esta lectura no fue interpretada por todos los encargados de conducir y ejecutar el modelo.⁶

Indudablemente que la decisión política recibió diversas interpretaciones, desde tratar de reproducirlo sin ajustes ni modificaciones, hasta su adecuación y adaptación al contexto real existente en el país en esos momentos. Derivado de la visión política surgió la expresión "guardián de la salud" no como una consigna, sino como la traducción de su significado para desarrollar un quehacer integrador en las acciones a ejecutar. A propósito, ese término se había utilizado con anterioridad para designar a

personas no pertenecientes al sector de la salud y que hacían labores de vigilancia en la ciudad de Nueva York, pero lógicamente y a la luz del tiempo, la concepción política cubana era diferente.⁷

Las valoraciones acerca del MEF, que en ocasiones eran divergentes entre las dimensiones de los servicios, la docencia y la investigación, contribuyeron al surgimiento de una especialidad médica que como todo lo novedoso, tuvo apoyadores y detractores, tanto así, que en sus inicios fue tarea compleja hacer entender a los estudiantes la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades propios de esa nueva especialidad, que los egresaría como médicos generales integrales. De esos inicios a la fecha, el modelo de ese especialista ha recibido modificaciones, ajustes y lo peor, un manifiesto deterioro formativo que necesita ser revertido con urgencia.

¿Qué se pretendía con ese profesional? Al residir en la propia comunidad y compartir con sus integrantes la cotidianidad, en el programa de formación elaborado en los 90 se consideró como un "agente de cambio social", aunque el término no fue totalmente aceptado por algunos temerosos, al mal interpretar su significado.⁸ No obstante, insisto que esa es una de sus principales funciones, no como promotor político social si no como un modelo de comportamiento saludable, un experto en intercambiar con su población, entender sus necesidades sociales e individuales para contribuir a resolverlas como única garantía de lograr calidad de vida y bienestar. ¿Este propósito se logró? Las respuestas a esta interrogante servirían para un excelente ejercicio sobre el enfoque social de la medicina, tal como reclaman los científicos sociales.

Por otro lado, ¿dónde estuvo el deterioro del modelo? Además de la influencia en los cambios económicos y sociales que ha padecido el país durante las últimas décadas, el proceso formativo del especialista de MGI no fue desarrollado como se diseñó a partir de los 90, pues las etapas previas desde su creación fueron de franca experimentación. ¿Qué se pretendía con ese programa elaborado por un grupo de expertos mediante un proceso de diseño que se extendió durante dos años?

Primero: que ese profesional se reconociera como especialista de una nueva especialidad y que paulatinamente alcanzara prestigio científico-técnico, como garantía de su aceptación por la población y por el resto de los profesionales de las ciencias de la salud. Esta intención se debilitó, cuando se les facilitó la realización de la denominada "segunda especialidad", lo que propició que un porcentaje elevado de estos especialistas dejaran a un lado la MGI.

Segundo: que en su perfil existieran singularidades o competencias específicas que lo diferenciaban del resto de los especialistas y por eso, se propuso la dispensarización - aunque es un término desconocido mundialmente- y la realización del Análisis de Situación de Salud (ASIS). Ambas competencias contribuirían a su prestigio profesional, al convertirse en un experto a consultar si se deseaba realizarlas correctamente y hoy, también deberán estar sometidas a procesos renovadores.⁹

Tercero: que se considerara como residente de una especialidad, no exclusivamente como fuerza de trabajo para desarrollar labores en ocasiones ajenas a su perfil. En ese sentido, debía ser atendido por un grupo de profesores que desarrollaran el programa formativo consecuentemente, sin inventos ni experimentos, como se hace con el resto de las especialidades.

Cuarto: que siendo un residente "solitario", o sea, que cuando adquieren conocimientos y habilidades propias de su especialidad, no podía compartir diariamente sus dudas y juicios con otros residentes, como sucede en el resto de las especialidades. Este médico residente, compartía con los profesores del GBT prioritariamente y nunca lo hacía ni lo hace con sus otros compañeros de

especialidad, excepto cuando son citados a reuniones docentes o administrativas, pero con una gran diferencia del resto. Para reducir o eliminar ese "aislamiento formativo", en el mencionado programa se diseñó una actividad docente *ad hoc* que facilitaba el encuentro semanal de los residentes ubicados en cinco consultorios cercanos, actividad que con excepciones, no fue cumplida.

Cuarto: que desarrollara competencias clínicas con elevada calidad, pues el modelo médico-centrista había acostumbrado a la población a reclamar su recuperación física o psíquica, más que a conservar su salud. Estas competencias clínicas, le abrirían la puerta para crear en sus pacientes y en su comunidad, ese compromiso de autocuidado y autorresponsabilidad que sustentan al comportamiento saludable, aunque sabemos que estas actitudes aisladas deben acompañarse de actitudes similares en la sociedad,¹⁰ pero le permitirían a este profesional, reconocer y aceptar su diferencia con los especialistas de la medicina clínica. Es una simplificación excesiva sugerir que el individuo tiene una responsabilidad aislada ante esta oportunidad de prevención; por el contrario, lo acompañan las actitudes similares de la sociedad.

¿Se cumplieron estas bases formativas o no? Cuando se menciona el deterioro del modelo, no existe argumento más sólido que el no cumplimiento correcto ni generalizado de estas bases, que peligrosamente facilitan la carencia de teorización y la práctica consecuente de las competencias de este especialista. Como ejemplo tenemos la interpretación errónea, las tergiversaciones y el franco rechazo a realizar el ASIS por un buen número de residentes y especialistas de MGI y no utilizarlo como un instrumento científico-metodológico que asegure la identificación de los problemas de salud de la población que atiende y oriente las políticas y estrategias locales y nacionales para su solución.¹¹ ¿Hasta dónde la responsabilidad de los profesores de los GBT, los funcionarios de los CMHE, de los CPHE, los vicedirectores municipales de H y E y el resto de los directivos del sistema en todos los niveles, para que esto ocurra?

Con toda intención no se ha mencionado al equipo básico en el desarrollo de la MGI, pues se prefirió enfocar el comentario en el profesional que lo conduce y controla, ese que en respuesta a los principios del sistema de salud, necesitamos que se desempeñe con una visión social, integradora y científica para contribuir a solucionar los prioritarios problemas de salud de la población cubana, no tan similares a otros países, pero sí bien derivados de los determinantes sociales del contexto nacional. El especialista de MGI debía haber sido ese profesional comprometido, convencido y experto y aun tenemos tiempo de rescatarlo, no solamente por los llamados mundiales y regionales para la renovación de la APS como su estrategia orientadora, sino porque al mismo tiempo, la APS constituye la base del sistema nacional de salud en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1988.
2. Ilizástigui F, Calvo I, Douglas R. El Programa Director de la Medicina General Integral para el Médico General Básico [Folleto]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1985.

3. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Medicina General Integral. 3 Tomos. Edición provisional. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1990.
4. Márquez M, Sansó FJ, Alonso P. Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
5. Casas D, Jarillo E, Rodríguez A, Casas, Galeana C. La deconstrucción de la medicina familiar en México: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. Medwave 2013;13(10):e5856. doi: 10.5867/medwave.2013.10.5856
6. Castro F. Discurso pronunciado en la clausura del I Congreso de Medicina Familiar efectuado en el Palacio de Convenciones. La Habana, 1994 [citado 16 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1994/esp/f300694e.html>
7. Pickett G. Las 3 fases de la Medicina Preventiva en E.U.A.: Bol Of San Pan; 1977.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Tomo 1. Edición provisional. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1990.
9. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 16 Jul 2016]; 39(4): 759-60. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/86>
10. Wolman A. Nuevas perspectivas en la Salud Pública. Bol Of Sanit Panam 1978;84(1): 4.
11. Martínez Calvo S. Editora. Análisis de la situación de salud. 1ra edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

Recibido: 22 de junio de 2016.

Aprobado: 8 de julio de 2016.

Silvia Martínez Calvo. Dirección: Calle 21 # 3424 e/ 34 y 36. Playa. La Habana, Cuba.
Teléf.: 7 205 6166