

El modelo de atención médica primaria cubano: El médico de la familia

Dr. Enrique Beldarrain Ch.

*Médico Especialista de Segundo Grado
en Epidemiología.*

*Investigador Agregado. Profesor
Departamento de Salud Pública,
Facultad de Medicina
"Calixto García".*

*Profesor Universidad Virtual de
La Salud. La Habana, Cuba.*

RESUMEN

Se presenta un recuento histórico de los antecedentes de la Medicina Familiar en Cuba. Se analizan las principales tareas del Médico de la Familia y se plantea que el Análisis de la Situación de salud es la actividad más importante que realiza este profesional.

Palabras claves: Medicina familiar, asistencia primaria, Cuba.

Actualmente la asistencia médica primaria en Cuba se rige por el modelo de atención del Médico y la Enfermera de la Familia, que atienden integralmente, en cada caso, a una población determinada, que oscila entre las 600 y 800 personas. Este plan tiene una cobertura nacional que llega incluso a los territorios geográficamente más apartados y de más difícil acceso, como montañas,

cayos, y cualquier otro lugar donde exista una comunidad habitacional. Hoy día este servicio se extiende a los círculos infantiles, escuelas y centros de trabajo de mayor importancia.

Uno de sus antecedentes fue la forma más antigua de organización estatal de la atención médica primaria, surgida en la isla en 1825 cuando se puso en práctica el modelo del Facultativo de la Semana, consistente en nombrar semanalmente a dos facultativos, un médico y un cirujano, que se rotaban sin excepción alguna entre todos los de la ciudad. Debían atender gratuitamente a los enfermos o accidentados pobres de la villa, a quienes indicaban el tratamiento en sus casas y, si fuera necesario, enviándolos a los hospitales de caridad¹.

Los facultativos de la semana realizaban también funciones médicas forenses, inspeccionaban las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos, se ocupaban de la higiene de los alimentos que se expedían en los comercios de la ciudad y, a partir de 1829, se les agregó la responsabilidad de la atención médica de los soldados y marinos enfermos.

Para garantizar que brindaran un mejor servicio, en 1848 se dividió la ciudad en cuatro distritos, atendidos cada uno, desde entonces, por dos facultativos mensualmente. En 1853 se designó un médico militar como facultativo de la semana y en 1862, cuando se nombraron los médicos forenses, se les retiró esta función. Este modelo se mantuvo hasta 1873, en que fue sustituido por las casas de socorro, creadas por decreto

del Gobernador General el 31 de Octubre de 1871².

Las casas de socorro y los cuerpos de guardia de los hospitales, así como los dispensarios, principalmente de enfermedades venéreas y de tuberculosis, fueron las instituciones que brindaron atención médica primaria estatal durante el período de la República.

En los primeros años tras el triunfo de la Revolución, las antiguas casas de socorro se transformaron en policlínicos con servicios más amplios de consultas y cuerpos de guardia.

En 1964 se inició un nuevo modelo de atención primaria llamado de Medicina Integral Preventivo-Curativa, cuyas acciones de salud incidieron sobre las personas y el medio ambiente, en un área de salud, cuya población no debía sobrepasar los 30.000 habitantes. Se creó el policlínico integral "Aleida Fernández" como centro experimental del plan en La Lisa, Marianao, Ciudad de La Habana. Al analizar los positivos resultados del modelo, éste se extendió a todo el país y estuvo vigente por 10 años.

Posteriormente, se concibió y diseñó el modelo nombrado Medicina de la Comunidad, ensayado experimentalmente en 1974 en el policlínico Alamar y que un año después se extendió a otros dos policlínicos en la Ciudad de La Habana.

Este modelo, cuyos logros estimularon su implantación posterior en todo el

país, giraba en torno al policlínico comunitario como centro de servicios de salud que atendía a una población de 25 000 a 30 000 habitantes y dependía del Poder Popular Municipal, aunque metodológicamente era dirigido por el MINSAP.

Estas unidades funcionaban a través de los programas básicos del área: programas de atención a las personas (comprendía los programas de atención integral al niño, a la mujer y al adulto, el de asistencia estomatológica y el de control epidemiológico); programa de atención al medio ambiente (higiene urbana y rural, de los alimentos y medicina del trabajo); programa de optimización de los servicios; programa administrativo y programa docente y de investigación. Este sistema funcionó por espacio de 10 años.

En 1985 el Sistema Nacional de Salud inició un desarrollo más profundo de la atención médica primaria con un nuevo modelo que dispensarizaba las acciones de salud a toda la población del país, dividida en grupos de familias que comprendieron no más de 700 habitantes con el Plan del Médico de la Familia.

El nuevo modelo comenzó a desarrollarse de forma experimental en 1984, con la ubicación de 10 médicos en el Policlínico Lawton. Con posterioridad se generalizó la experiencia en toda la isla.

El policlínico se rediseñó y se transformó en centro de apoyo y control de las actividades del médico de la familia. A él se incorporaron numerosas especialidades médicas que antes se ofertaban en los hospitales; se reforzaron en cada uno los medios diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, para convertirse en puntos de referencia, apoyo y coordinación del trabajo de médico de la familia.

Las actividades de atención a la población de éste médico están encaminadas a

estudiar los factores económico-sociales y la influencia de éstos sobre el estado de salud de la población que atiende, además de encaminar sus esfuerzos a elevar dicho estado, para lo cual desarrolla una amplia labor de promoción de salud y prevención enfermedades.

Con el desarrollo progresivo de este sistema de salud, se hizo necesaria la construcción de consultorios o la adaptación de locales que antes tuvieron otro uso para esta nueva función.

La evolución favorable del plan conllevó el surgimiento de la especialidad de medicina general integral, a tenor de la cual el médico de la familia puede realizar estos estudios y después continuar su labor asistencial en su propio consultorio, pero con mayor calificación técnica.

En cada área de salud se han dividido los consultorios por Grupos Básicos de Trabajo, compuestos por varios de ellos y que son atendidos por tres especialistas básicos: un internista, un pediatra y un ginecologista, a los que se les ha agregado un psicólogo y, en los lugares que es posible, un trabajador social. Este grupo ofrece actividades de asesoría a los médicos de los consultorios, además de brindar asistencia médica especializada a la población dispensarizada en ellos.

Desde que en 1984 comenzó a funcionar el modelo del médico y la enfermera de la familia, éste ha crecido año tras año y cuenta ya con 30 000 médicos, 32 000 enfermeras y 4 000 profesores con una cobertura del 98% de la población.

Los objetivos de este programa son:

- Acceso de la población a los servicios de salud.
- Desarrollo de comunidades saludables.
- Logro de conductas y estilos de vida saludables.
- Atención a grupos prioritarios.

Una de las tareas principales para lograr este objetivo en la atención primaria es la dispensarización de la población, que es un proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral con un enfoque clínico, epidemiológico y social del estado de salud de los individuos y las familias. Sus propósitos son³:

- Desarrollar un proceso de mejora continua del estado de salud de los individuos y la familia.
- Elevar la satisfacción de la población con los servicios de salud que brinda el sistema.
- Determinar el estado de salud de los individuos y las familias.
- Promover estilos de vida saludables en los individuos y en las familias.
- Identificar e intervenir en los riesgos, enfermedades y otros daños a la salud individual y familiar.
- Facilitar la intervención multidisciplinaria en los problemas de salud individual y familiar.
- Aportar la información necesaria sobre la salud individual y familiar para el desarrollo del análisis de la situación de salud.
- Realizar el análisis de la situación de salud.
- Mejorar la eficiencia en el trabajo del sistema de medicina familiar.

Las acciones fundamentales por las que se lleva a cabo esta dispensarización son la confección de los registros de individuos y familias y la evaluación periódica de la salud individual y familiar.

La evaluación de la salud familiar conlleva⁴:

- La más rigurosa aplicación del método clínico en medicina familiar.
- La evaluación de indicadores epidemiológicos de riesgos, daño y discapacidad, según edad y sexo.
- La evaluación de la percepción del funcionamiento familiar que tiene el individuo.

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

- La situación de salud familiar del individuo.

Cuando la población de cada consultorio se dispensariza por primera vez, se evalúa y clasifica en grupos, establecidos de la siguiente forma:

Grupo I. Individuos supuestamente sanos.

Grupo II. Individuos con riesgo.

Grupo III. Individuos enfermos.

Grupo IV. Individuos con deficiencias y discapacidad.

Esta clasificación no es estática pues, en dependencia de los riesgos o problemas de salud que presenten los individuos y de las acciones que tomen los médicos, éstos pueden pasar de un grupo a otro; de ahí la necesidad de que la evaluación individual sea periódica.

El análisis de la situación de salud es, a juicio del que redacta estas observaciones, el trabajo más importante que debe realizar un médico y enfermera de la familia, pues del conjunto de ellos se deriva la realización de los planes de acción de las áreas de salud y las medidas que se toman a esos niveles para enfrentar los problemas de salud. Es además una investigación que se realiza en cada consultorio todos los años, de la cuál resulta un documento básico que rige la acción del médico en su comunidad. Es un proceso continuo de identificación y priorización de los problemas de salud y de elaboración de un plan de acción para mejorar la situación de salud comunitaria.

Entre sus propósitos se incluye realizar acciones de concertación y negociación, donde se involucra a la comunidad, para que participe realmente en la identificación y priorización de sus problemas de salud y en la evaluación de un plan de acción que dé respuestas a las necesidades sentidas y reales de la comunidad⁵.

La participación social y comunitaria en la solución de los problemas de salud es el proceso social inherente a la salud y su desarrollo. Por su conducto la comunidad, o uno de sus sectores, las organizaciones, las instituciones, en fin los actores sociales intervienen activamente en la identificación de los problemas y en las acciones que se ejecutan para lograr el bienestar de la población. Sus propósitos fundamentales son⁶:

- Mejorar la calidad de vida de la población.
- Contribuir al desarrollo humano y local sostenible.
- Identificar y solucionar los problemas de forma integral con el concurso de los diferentes actores sociales.

Esta participación comunitaria es una ayuda inestimable para el trabajo del médico de la familia, sobre todo para la identificación de riesgos y el trabajo de prevención y promoción de salud.

El resultado más trascendente de la reforma fue la creación de un sistema de salud unificado, centralmente planificado y dirigido, descentralizado en su gestión, de cobertura global amplia, al-

tamente eficaz, con participación social satisfactoria, económicamente sustentable y abierto a su perfeccionamiento constante.

La sostenibilidad del sistema es consecuencia de tres razones principales:

- La voluntad política y la decisión de financiar el sistema mediante el presupuesto estatal, con lo que se exonera de este gasto a la población.
- La elevación de tecnologías adecuadas.
- La participación social.

Se ha presentado una perspectiva histórica de la implementación y desarrollo de la Medicina Familiar en Cuba; un modelo dinámico que continúa en evolución buscando responder adecuadamente a las necesidades de su población.

REFERENCIAS

- 1.- Delgado García, G. La salud pública en el período de la Revolución socialista. Cuadernos de Historia de la Salud Pública 1996; (81): 151.
- 2.- O. C. pag. 152.
- 3.- MINSAP. Programa de trabajo del Médico y la Enfermera de la familia. El Policlínico y el Hospital. La Habana, 1998.
- 4.- O.C. pag. 7.
- 5.- O. C. pag. 12.
- 6.- O. C. pag. 15.