



BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
de
GEMINIS PAPELES DE SALUD

<http://www.herbogeminis.com>



Servicios

-  [Servicios personalizados](#)
-  [Artículo en XML](#)
-  [Referencias del artículo](#)
-  [Como citar este artículo](#)
-  [Citado por SciELO](#)
-  [Similares en SciELO](#)
-  [Enviar artículo por email](#)

Revista Cubana de Salud Pública

versión On-line ISSN 0864-3466

Rev Cubana Salud Pública v.31 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2005

Policlínico Plaza de la Revolución

Veinte años del modelo cubano de medicina familiar*

[Félix J. Sansó Soberats](#)¹

Resumen

El trabajo aborda la historia de la medicina familiar cubana desde sus inicios en 1984. En una primera parte se expresa las características generales de este modelo de atención médica y las ventajas que para los cubanos ha representado su introducción y desarrollo en el sistema de salud cubano. Más adelante se expone detalladamente la opinión del autor acerca de los tres factores, que a su juicio, han influido en el deterioro de este modelo de atención médica: la crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud; el hecho de que la replicación del modelo al nivel de país no alcanzó el resultado logrado "a escala de laboratorio" y la falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios. También se presentan algunas reflexiones sobre la manera de enfrentar cuestiones no resueltas que

pueden comprometer el futuro, enfatizando en el hecho de que las instituciones no hacen por sí solas un sistema. De manera particular se proponen acciones concretas que deben desarrollarse al nivel individual, sistémico y social para perfeccionar la salud pública cubana en todos los sentidos y contribuir también con ello al perfeccionamiento de la sociedad.

Palabras clave: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MODELO DE ATENCIÓN, MEDICINA FAMILIAR, MÉDICOS DE FAMILIA.

"Quien se resiste a conocer la historia, está condenado a volver a vivirla"

EDUARDO GALEANO

Me siento muy honrado al poder compartir este espacio junto a ustedes, muchos de los cuales fundaron nuestro presente. De manera especial me sumo al homenaje que hoy estamos ofreciendo en memoria del doctor *Mario Escalona* a quien he admirado por su coraje y tenacidad, puestos en función de desarrollar una mejor salud pública cubana.

Ajustándome al tema de mi ponencia, en las próximas cuartillas trataré de repasar la historia de la medicina familiar cubana. En una primera parte comentaré las características generales de este modelo de atención médica y las ventajas que representó para los cubanos; más adelante expondré mi opinión acerca de los factores que han influido en su deterioro y los diferentes momentos por los cuales ha transitado. Finalmente expondré algunas reflexiones sobre la manera de enfrentar cuestiones no resueltas que comprometen el futuro.

La decisión de ser Médico de la Familia, de hacerme Especialista en Medicina Familiar, de incursionar en la docencia y de continuar en el camino del perfeccionamiento desde el espacio del consultorio, la tomé en 1986 cuando apenas comenzaba mi carrera y cursaba la asignatura Sociedad y Salud. Me formé en el Policlínico "Plaza de la Revolución", dirigido por el Profesor *Cosme Ordóñez*, junto a los Profesores *Susana Pineda*, *Miriam Aliño*, *Mirna Ortega*, *Pedro Pons Bravet*. Justo en ese año se aprestaban a graduarse en esa área de salud los primeros 19 Especialistas en Medicina General Integral del país como destello fundacional en la construcción de un nuevo paradigma en la medicina familiar y comunitaria en Cuba. Dos años atrás se había iniciado la experiencia de los 10 primeros Médicos de Familia en el Área de Salud de Lawton.

Desde mi óptica de estudiante, fue impresionante descubrir que mis vivencias como paciente hasta ese entonces no se correspondían en calidad con la que podía experimentar cualquiera de los pacientes atendidos por este nuevo tipo de profesional. Hice terreno junto a ellos. Viví la creación de los círculos de abuelos y de otras experiencias similares con grupos de adolescentes, pacientes diabéticos o embarazadas. Participé de los primeros "Diagnósticos de Salud", proceso embrionario de lo que hoy conocemos como Análisis de la Situación de Salud.

Con el entusiasmo que acogieron la nueva experiencia aquellos primeros médicos y enfermeras de la familia, se mostraron a sí mismos el valor del trabajo comunitario. Con su ejemplo, conscientes o no de ello, influyeron en la voluntad de muchos para echar nuestra suerte junto a esta especialidad.

Puedo afirmar que mi generación, forjada en la época de mayor esplendor y pujanza de la medicina familiar en nuestro país, al ir a las montañas a cumplir su servicio social, aplicó los principios de la atención primaria que aprendió en el pregrado y los enriqueció a la luz de las experiencias allí vividas. De igual forma, hacer la especialización en Medicina General Integral representó para nosotros un desarrollo en espiral ascendente en consecuencia con la madurez alcanzada hasta ese momento.

El fenómeno concreto que es hoy la medicina familiar cubana apareció como resultado de la convergencia de cuatro factores, fundamentalmente:

1. Los cambios en el cuadro epidemiológico del país a partir del desarrollo social alcanzado apuntaban a la necesidad de una atención médica más pertinente dados los cambios

- demográficos y del cuadro de morbilidad y mortalidad de entonces. La sub especialización no era ya la alternativa sustentable y existía un elevado número de médicos generales no especializados que se mantenían laborando en los policlínicos.¹
2. La insatisfacción de la población con los servicios de salud de entonces¹ (Castro Ruz. Discurso pronunciado en la Clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud. Camagüey. 1981)
 3. Las reflexiones derivadas de la dramática experiencia con la epidemia de dengue hemorrágico desde mayo hasta agosto de 1981.^{2,3}
 4. La voluntad política de desarrollar una táctica que permitiera responder a la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para lograr las metas de salud para todos en el año 2000.

En pocos años se construyeron miles de consultorios equipados adecuadamente para facilitar el desarrollo de las acciones propias de nuestra especialidad en función de la población y confortables viviendas para los médicos y enfermeras de la familia, quienes mejoraron su calidad de vida y comenzaron a formar parte activa de la comunidad atendida por ellos. Se habilitaron consultorios médicos en escuelas, círculos infantiles, centros laborales y de asistencia social.⁴ Como parte de este proyecto, y con la perspectiva de poder contar con los profesionales necesarios para dar cobertura a la población con este nuevo tipo de asistencia médica, se perfeccionó el plan de estudios en el pregrado y se diseñó la Residencia en Medicina General Integral. Simultáneamente se incrementó el ingreso a las carreras de Medicina y Licenciatura en Enfermería, que para los años 1992 y 1993 alcanzaba los máximos históricos en el número de sus egresados.^{5,6}

La introducción de este modelo en el Sistema Nacional de Salud, generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario. El nuevo tipo de médico y enfermera de la familia sustenta su actuación profesional en el análisis de la situación de salud comunitaria^{7,8} y la dispensarización^{9,10} aplicando el enfoque familiar. Con ello rescató la atención médica al ser humano en su amplia dimensión como ser bio-psico-social, considerando la influencia del ambiente sobre su salud. Con una cobertura que alcanzaba a casi el 100 % de la población, se concibió inicialmente un médico y una enfermera por cada 120 familias. En la práctica (como norma) la población atendida por cada equipo básico de salud (EBS) fue de unas 600 personas, entre 150 y 200 familias.

La Higiene y la Epidemiología se integraron aun más al nivel primario y se consolidó un modelo de atención con un enfoque clínico-epidemiológico y social.¹¹⁻¹³ La atención médica o de enfermería se ofrecía ahora en la consulta de la comunidad o en el propio hogar de las personas; igual se podía acompañar a un paciente a ingresar al hospital o a realizarle un examen; visitarlo durante su ingreso y conversar directamente con el médico de asistencia, cuando el caso lo requiriera. Desde marzo de 1985 se desarrolló la modalidad de ingreso domiciliario.¹⁴⁻¹⁸ Se desarrollaron las consultas o terrenos que comenzaban al final de la tarde, conocidos como "deslizantes", destinados a atender a la población trabajadora. El médico de la familia comenzó a concentrarse no solo en la demanda de los pacientes, sino también en sus necesidades de salud no sentidas y en las acciones de educación para la salud al nivel comunitario.^{19,20} Se crearon círculos de abuelos,²¹ de adolescentes y de embarazadas.

Estos cambios también tuvieron su repercusión en la atención secundaria y terciaria, las cuales, con el paso de los años, vieron reducirse el número de casos que aflúan a cuerpos de guardia y dentro de ellos la frecuencia con que llegaban los pacientes presentando formas graves de muchas enfermedades. El Médico de Familia fue ganando prestigio entre el gremio médico.²²

La población, para quien estaban dirigidas las transformaciones, percibió los beneficios del nuevo modelo desde sus inicios y manifestó gratitud y complacencia dadas las ventajas que mostraba el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia. La atención médica ha sido desde entonces mucho más personalizada, más accesible, con un enfoque preventivo (del cual no siempre somos conscientes) y una mayor proyección social.

Los Médicos y Enfermeras de la Familia-de manera excepcional y privilegiada- observamos

activamente el proceso de crecimiento y desarrollo en las personas, inmersas en su entorno familiar y comunitario al incorporar el pensamiento epidemiológico en nuestro quehacer cotidiano. Fue quedando atrás la etapa de la hegemonía de la sub especialización, tendencia que además de no garantizar una mejora impactante de los indicadores de salud, conducía a un incremento de los costos de la atención con el consiguiente efecto de iniquidad, sobre todo por su inaccesibilidad.

Nuestra función social y el espacio que ocupamos, favorece que podamos conocer profundamente las resultantes en los proyectos de vida de las familias que atendemos y percibamos desde muy cerca los cambios que en ellas tienen lugar en medio del complejo proceso salud-no salud. Hemos aprendido que es mejor tratar la enfermedad, que sus complicaciones; que es mejor evitarla que tratarla y que es mucho mejor y de mayor alcance, promover estilos de vida saludables, que enfrentar la exposición al riesgo.

En esa observación permanente se aprende de la relación causa-efecto, entre la afección individual y el desarrollo de síntomas al nivel familiar o comunitario; entre la armonía individual y la salud familiar y viceversa. Se desarrollan habilidades en la atención a las personas, pero sobre todo se profundiza en la interesante dinámica de las familias. Se llega incluso a intuir e identificar posibles riesgos y descubrir que se disfruta menos al diagnosticar la enfermedad que al evitarla. Se constata cuánto conocimiento se requiere para lograr que no aparezca el daño o para que este se presente en su mínima expresión. Sencillamente: se aprende a prevenir.

El fomento de estilos de vida saludables, una de las estrategias centrales que desarrollamos en el nivel primario, prepara a la población para alcanzar una mejor calidad de vida. El trabajador social que llevamos dentro nos hace ver 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; 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.

No obstante estas hermosas y apasionantes transformaciones, con el transcurso del tiempo, nuevamente se evidenciaron insatisfacciones en la población y ahora además, en los equipos de salud, de los cuales la media no manifiesta plena satisfacción con su labor. Muchas personas atribuyen la causa al modelo del médico y la enfermera de la familia, incluso quienes son sus protagonistas.

No se debe afirmar de manera tan categórica que a los médicos y enfermeras no les gusta la medicina familiar; creo firmemente que el contexto adverso en el cual se ha desarrollado este revolucionario modelo, no ha favorecido que los EBS ni la comunidad, aprecien lo que verdaderamente es la medicina familiar ni sus potencialidades.

Factores que han influido en el deterioro del modelo

En mi opinión, la conjunción de tres principales factores ha llevado a la situación actual:

1. La crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud.
2. La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio.
3. La falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios.

Veamos estos factores con detenimiento:

1. La crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud.

La medicina familiar, como toda la sociedad cubana, fue impactada por la crisis económica derivada de la situación de doble bloqueo a la que se vio sometido nuestro país durante la década de los noventa. Esto se puede apreciar tras una simple mirada al vertiginoso desarrollo alcanzado

durante los últimos años de la década anterior, y compararlo con lo ocurrido después. A la nueva generación de médicos de familia formados en aquella etapa le correspondió desempeñarse en sus primeros años de graduados sin acceso a los más elementales recursos para el ejercicio de su profesión e inmersos en una compleja situación social.

Nuestro país se vio limitado en la disponibilidad de recursos para completar la construcción de los consultorios inicialmente proyectados. Mientras tanto, no se paralizó la formación de Médicos y Enfermeras de la Familia, que ya estaban en las aulas universitarias cuando esto ocurre. Respondiendo a la política de la Revolución de que no puede haber en nuestro país un médico desempleado, se adaptaron de manera emergente miles de locales para dar consultas, y muchos médicos de familia iniciaron su vida laboral en locales no idóneos o compartiendo su espacio con uno o más médicos simultáneamente. No siempre se ha podido garantizar para todos el completamiento de los módulos concebidos para esos locales. El tipo de medicina familiar que se desarrolla en esas condiciones, a pesar de los esfuerzos del Estado y de los profesionales, no puede tener la calidad que aquella que se realiza en una consulta adecuada, en condiciones de privacidad y con el equipamiento necesario.

En determinado momento comenzaron a escasear los modelos necesarios para registrar las acciones realizadas o emitir certificaciones médicas. Ante la escasez de recetarios, en muchos lugares hubo que prescribir medicamentos en pedazos de hojas de papel recuperado o en modelos de método. Las dificultades con la iluminación en los consultorios, entre otras razones, condicionaron en muchos lugares la desaparición de las consultas con horario deslizante.

Los médicos de familia nos vimos por momentos sin la posibilidad de renovar nuestras batas sanitarias, sin guantes quirúrgicos para examinar a nuestros pacientes, ni recursos esenciales para garantizar la higiene personal y del consultorio. Durante la década del noventa, salvo algunas excepciones, no se pudo ofrecer mantenimiento a las casas-consultorios, y los médicos y enfermeras vieron deteriorarse su estructura, e incluso sus muebles y efectos electrodomésticos, sin la posibilidad real de repararlos o cambiarlos mediante el acceso a recursos del policlínico o propios.

Inmersos en un contexto socioeconómico adverso, los médicos de familia asistimos al progresivo deterioro en la aplicación del método clínico. Fuimos testigos de la escasez o desaparición de reactivos en los laboratorios clínicos de los policlínicos. Los servicios de rayos X se limitaron a un mínimo inimaginable; los equipos situados en los hospitales constantemente se averiaban debido a los años de explotación, el sobreuso y la falta de piezas de repuesto para su reparación; algo similar ocurrió con otros equipos para diagnóstico mucho más sofisticados, a los cuales muchas veces nunca pudieron acceder nuestros pacientes, por no estar técnicamente disponibles. Solo unos pocos policlínicos del país contaban con servicios de fisioterapia y el nivel de acceso de nuestros pacientes a los de los hospitales era muy bajo.

En el caso de la terapéutica la afectación fue aun mayor. En cierto momento, la disponibilidad de medicamentos se redujo a la mitad de los que debían circular y simultáneamente se incrementó el número de prescriptores. Durante muchos años de los 90 sufrimos el hecho de tener que enfrentarnos a una consulta sin un adecuado respaldo en medicinas. Algo que golpeó duramente el desarrollo científico técnico de nuestros médicos de familia, fue la falta de acceso a la literatura médica actualizada.

Durante estos 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, pero en este caso en el orden moral. Nuestra profesión se nutre del mejoramiento y bienestar de las familias que atendemos, y fuimos testigos de cuánto se afectó la salud de la familia cubana en esa etapa.

Trabajar en esas condiciones puede llegar a ser muy desmotivante,²³ pero esto que he descrito no es la medicina familiar, son las condiciones en las que nos tuvimos que desarrollar. La crisis material

ha conducido a que el propio personal de salud desnaturalice en una u otra medida su misión; lo mismo que ocurrió en el resto de los sectores sociales, como expresión del deterioro de los valores morales.

2. La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio.

En las áreas de salud de Lawton y "Plaza de la Revolución", donde se desarrollaron los laboratorios de la medicina familiar cubana, se constituyeron sendos equipos de trabajo con profesores de prestigio. El Policlínico de Lawton estaba dirigido por el Profesor *José Rodríguez Abrines* y el Plaza por el Profesor *Cosme Ordóñez*, como ya he referido. Estos lugares llegaron a constituir la prioridad del gobierno y de manera personal el Comandante en Jefe *Fidel Castro* se reunía con frecuencia con los gestores de su proyecto, conversaba con los médicos; indagaba los pro y los contra y proponía soluciones inmediatas a problemas que surgieron en la marcha. El éxito del experimento estaba garantizado: buenas ideas en un buen momento, buenos equipos de trabajo, buenos médicos y enfermeras, recursos y prioridad política.

En los primeros cinco años, las buenas ideas se multiplicaron por todo el país, la prioridad política y los recursos se mantuvieron. Pero el factor humano no estuvo al mismo nivel. Las mentes no cambian con la misma rapidez. Muchos graduados de entonces no habían siquiera considerado ser médicos de familia algún día y soñaban con hacer residencias en especialidades verticales. Esta transformación en sus vidas repercutió sin dudas en su proyección hacia la nueva especialidad de Medicina General Integral. No se podía esperar de todos ellos expresiones de satisfacción con su nueva e inesperada condición. Es justo reconocer que, no obstante esto, la calidad de la atención médica que se ofreció fue cualitativamente mejor y estos profesionales desempeñaron su labor con evidentes muestras de amor que la comunidad supo apreciar desde los primeros momentos.

En el caso de los profesores ocurrió algo similar. Hubo docentes del nivel secundario que debieron desplazarse a trabajar al nivel primario. En los hospitales no siempre seleccionaron a los mejores, ni se capacitó a los elegidos para asumir la conducción del novedoso modelo y ello limitó el nivel y la calidad en la formación de los futuros especialistas. Incluso entre los más capaces, existían quienes no tenían plena claridad ni confianza en relación con los nuevos conceptos, debido a lo cual no podían transmitirlos con claridad ni lograr el compromiso necesario.

El acceso al puesto de Jefe del Grupo Básico de Trabajo (GBT) nunca ha sido por oposición. Esta situación condiciona que lo puedan ocupar personas sin resultados destacados en su trabajo previo como médicos de familia; incluso peor: que quienes dirijan a los médicos y enfermeras de la familia puedan ser profesionales no comprometidos con la medicina familiar que accedieron al puesto por escapar del "infierno del consultorio". Si bien se sabe de muy buenos ejemplos de jefes de GBT, esta cualidad no es la que ha predominado en estos 20 primeros años.

Dados los altos niveles de matrícula en la carrera de medicina, los primeros graduados debieron asumir tareas docentes en el pre y el postgrado. La masividad determinó que la docencia fuera impartida por muchas personas sin la experiencia necesaria y en el ámbito académico eso tiene un precio. Las insatisfacciones con la condición de médicos de familia se ampliaron desde este espacio y los mensajes que recibieron muchos educandos de quienes debían comprometerlos con el proyecto, fueron en sentido contrario.

Durante más de 15 años estuvo detenido el proceso de categorización docente. La mayoría de las personas que han impartido docencia o han integrado los grupos básicos de trabajo, durante las tres cuartas partes del tiempo que hace que existe la medicina familiar, no han tenido la categoría para ello e incluso algunos han carecido de los requisitos para categorizarse.

Experiencias consolidadas en Lawton y Plaza no se replicaron al resto de los policlínicos. Por ejemplo, en Lawton se trabajó con un programa de computación que contribuía a organizar el trabajo en el consultorio y en Plaza se introdujo la reunión de "Coordinación", un espacio para la

docencia y el análisis de cuestiones asistenciales, que también era utilizado por los factores del policlínico como vía para la información a los trabajadores y el debate sobre diversos temas. Hasta donde conozco, ni una ni otra experiencia fueron reproducidas luego, incluso ni la de Lawton en Plaza o viceversa.

Sin dudas todos estos factores influyeron negativamente en un momento tan decisivo como fue el inicio del proyecto, en el cual aún no se habían consolidado paradigmas. Existen evidencias de deficiente competencia o desempeño de médicos de familia ante prevalentes problemas de salud comunitarios o durante el desarrollo de procesos básicos.²⁴⁻²⁶ Las insuficiencias de docencia médica en la formación del pre y el postgrado son sin dudas responsables de esta situación y pueden haber repercutido mucho en la motivación de los jóvenes galenos por convertirse en médicos de familia.²⁷ Ellos no siempre tuvieron ante sí a verdaderos ejemplos de docentes.

3. La falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios.

La llegada masiva de médicos de familia debió suponer una "crisis por incremento" para el sistema pero los roles no se redistribuyeron adecuadamente entre sus componentes. Las interconexiones internas no fueron redefinidas de manera que respondieran a las nuevas necesidades. Los cuadros no se prepararon adecuadamente para desarrollar los nuevos conceptos.²⁸ En la práctica no se apreció la aplicación del concepto de regionalización de Escalona y se incrementaron los problemas relacionados con la interrelación policlínico-hospital (docentes, asistenciales, investigativos y administrativos). Numerosos conflictos se derivaron de esta situación, que afectaron el principio de la atención continuada a los pacientes.²⁹ Los médicos de familia, sufrieron la falta de reconocimiento a su trabajo por parte del resto de las especialidades, cuestionándosele su actuación incluso delante de pacientes.

Desde el comienzo mismo del Programa de Medicina Familiar se interpretó que al tener a un médico y a una enfermera residiendo en la comunidad se podía acceder a ellos en cualquier momento durante las 24 horas del día. Las personas podían incluso solicitar una visita a su hogar cuando lo consideraran necesario y el médico o la enfermera estaban en la obligación de acudir y ofrecer un trato esmerado y amable ante cada llamado.

Este mensaje de accesibilidad desmesurada, de gran impacto político al inicio del desarrollo del modelo, probablemente ha sido -sin que haya constituido un propósito- una de las causas que más pesan hoy en la desmotivación de nuestros médicos y enfermeras de la familia y es en parte responsable de la tendencia a la *informalidad* que pudiera estar presente hoy en la atención médica que brindamos en el nivel primario en nuestro país. A las personas no se les educó en no abusar de este recurso y en que acudieran a la casa del médico o la enfermera ante situaciones verdaderamente apremiantes. Los integrantes de cualquier EBS residentes en la comunidad que atienden, llegan a sentir que son *muy vulnerables* ante sus pacientes y que tanto ellos como su familia pierden su individualidad y privacidad. Los pacientes, abusando de sus derechos, son dueños absolutos de su tiempo.

Debemos protegernos de las prácticas viciadas por el exceso de confianza. Por nuestra propia falta de visión, la población no tiene claridad de lo que representa una consulta médica, ni de los objetivos y funciones de los Consultorios del Médico de Familia (CMF) en la Comunidad. Aunque parezca paradójico, la misma persona que se molesta porque no es atendida prontamente, a la hora y en el lugar que entiende -aunque no sea el adecuado-, se quejará del médico de familia si el diagnóstico o el tratamiento no fueron los apropiados y emitirá juicios de valor no adecuados a partir de las experiencias descritas. La informalidad y la falta de planificación de las acciones, condiciona un acto médico no planificado e informal, debido a lo cual el profesional no está en condiciones de perfeccionar con la propia práctica su modo de actuación y por tanto se desmotiva, al percatarse de que no progresa.

En el discurso sobre nuestro desempeño, se enfatizaba en la necesidad que el médico y la enfermera de la familia sustentaran su trabajo con la familia a partir del análisis de la situación de salud. Que

sus acciones incluyeran la promoción de salud, la prevención de enfermedades con enfoque integral, la curación y la rehabilitación de base comunitaria. Sin embargo, estos temas no recibieron la prioridad que debieran en los programas del pre y postgrado y la organización de los servicios tampoco lo favoreció.

El equipo básico de salud no funciona en la práctica como tal. La carga de trabajo y la responsabilidad han recaído fundamentalmente sobre el médico de la familia. A la falta de cohesión del equipo básico también ha contribuido que la cadena de mando de enfermería tenga un canal independiente desde el Ministerio hasta el consultorio, entre otras razones. Ello puede condicionar que el jefe del equipo no tenga control sobre su otro miembro.

También en el orden organizativo de los servicios, existieron y aún persisten, disposiciones provenientes de dentro y fuera del sistema que técnicamente no se justificaban, como aquella de evaluar diariamente a todas las gestantes o a todos los lactantes durante el primer año de vida. En el caso de esta última, la mejor prueba de su falta de fundamento fue que al siguiente año de su derogación, la mortalidad infantil bajó por debajo de 7 por primera vez en la historia de nuestro país. Inmersos en el cumplimiento de estas disposiciones, que generalmente han sido para ayer, los equipos básicos de salud no podían encontrar el camino de la medicina familiar. Las metas propuestas para la dispensarización de los pacientes eran inalcanzables.³⁰

Por cumplir la indicación de determinados programas, a los médicos de familia se les ha normado interconsultar sus casos incluidos todos los ingresos en el hogar- con otros especialistas aunque no haya tenido dudas en relación con la conducta a seguir. Unido a ello, a muchos se les sobrecargó en su trabajo solicitándoles información dirigida a los diferentes niveles de atención e incluso a otros sectores de la sociedad. A la hoja de cargo casi se le convierte en una extensa base de datos y se evaluaba el trabajo por el número de acciones en ella reflejadas y no por los resultados de su trabajo. Ello condicionó que algunas informaciones se anotaran formalmente y favoreció el fraude en el registro de algunos datos, al esforzarse el médico por cumplir en el papel el número que le pedía el policlínico y que en la práctica le era imposible alcanzar. Nadie puede sentirse bien consigo mismo haciendo esto.

Se ha querido responsabilizar al médico y a la enfermera con la inasistencia voluntaria por parte de pacientes que no desean realizarse determinada prueba o cumplir con determinada conducta. El ejemplo paradigmático es la meta en la realización de la citología orgánica del cuello del útero en mujeres en edad fértil. Los médicos y enfermeras de la familia han sido amenazados con sanciones, incluida la de descontarles de su salario o la suspensión de vacaciones, si no cumplen con el número estimado de pruebas a realizar en un período. En menor medida ha ocurrido con la indicación de gota gruesa palúdica y otras pruebas.

En este sentido existe un lenguaje ambivalente en la dirección del Ministerio de Salud, pues por una parte se asegura que ya no existen metas al nivel de consultorio para evaluar los programas nacionales y por otro emulan entre los municipios y provincias considerando los números esperados del cumplimiento de esas metas. Es de suponer que cuando no se cumple con uno de esos números, la dirección municipal presione a las áreas buscando resolver el problema y éstas a los consultorios.

Estos y otros vicios surgieron o se consolidaron durante los años más crudos del Período Especial. Ellos contribuyeron a la pérdida del sentido de pertenencia y fueron fuente de desmotivación entre muchos de los que hicieron medicina familiar.

Momentos de la medicina familiar

En estos años han existido momentos que marcan el inicio de etapas muy bien definidas en la medicina familiar. Yo no coincido con la clasificación que señala que la medicina familiar ha transitado por tres fases: política, administrativa y académica.¹ Repasando la historia identifiqué cuatro:

- Fase política y de puesta en marcha. (Desde 1984 hasta 1989).

Esta etapa se caracterizó por tener una alta prioridad por la dirección del país, específicamente por el Comandante *Fidel*, quien mantuvo frecuentes contactos con los médicos que iniciaron el programa en "Lawton" y en "Plaza de la Revolución". Se inició la construcción masiva de consultorios, se cubrió toda la zona montañosa del país con médicos y enfermeras de la Familia. En 1985 surge la Medicina General Integral como especialidad y en 1987 se implanta el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), embrión de lo que luego se conoce como el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el policlínico y el hospital que surge en 1988. Se elaboraron los textos, programas de formación, modelos y registros que respondieron a las exigencias del momento. En esta época se inicia la realización de los Seminarios Internacionales de Atención Primaria de Salud.

- Fase de estancamiento. (Desde 1990 hasta junio 1994).

Durante esta etapa no se promovieron encuentros entre los médicos y/o enfermeras de la familia que contribuyeran a dar solución a los lógicos problemas derivados de la puesta en marcha del novedoso plan. Varios sectores sociales vieron en el EBS una excepcional fuente de información sobre la comunidad y lo utilizaron para esos propósitos. Se generalizó y consolidó el estilo de evaluar el trabajo a partir del cumplimiento de metas que contradecían la flexibilidad de pensamiento y el enfoque práctico que debe caracterizar a los científicos. Ya desde 1987 se evidenciaba esta tendencia: "La mayoría de las evaluaciones toman como base el cumplimiento numérico de metas que muchas veces nada dicen de su calidad, ni de su repercusión sobre el mejoramiento del nivel de salud en la población".³¹

Se presentaron muchos problemas en el orden operativo -magnificados por el contexto- pero fue una etapa de ruptura pues al intentar desconocerlos, estos persistieron y se incrementaron, al igual que la insatisfacción de los médicos de familia con su condición.

- Fase de perfeccionamiento metodológico. (Desde junio de 1994 hasta 2002).

En junio de 1994 se realiza el I Congreso Nacional de Medicina Familiar y surge la Sociedad Cubana de Medicina Familiar que ha contribuido con hechos al desarrollo de la especialidad.³²⁻³⁴

En 1995, se realizó el 1er Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar³⁵ con la presencia de unos 300 delegados de todo el país. Este encuentro, organizado por la Unión de Jóvenes Comunistas, constituyó un espacio de discusión que favoreció el intercambio entre los profesionales del nivel primario de atención para perfeccionar este modelo de atención médica integral en nuestro país y dio como resultado un banco de problemas y propuestas de soluciones emanadas por vez primera de los propios profesionales que la desarrollaban en todo el país.

A esta altura se había acumulado un sinnúmero de problemas a los que me he referido; algunos de ellos de gran magnitud y trascendencia para los profesionales y la población. Con el cambio de dirección del Ministerio, se mejoraron entonces algunos aspectos normativos metodológicos y se registró una tendencia de signo opuesto en buena medida gracias a la creación de los policlínicos principales de urgencia y al sistema integrado de urgencias médicas. Se perfeccionaron los instrumentos de trabajo para el nivel primario³⁶⁻³⁸ y se desarrolló y perfeccionó cada año, la Carpeta Metodológica en la que están contenidos los principales procesos que tienen lugar en el nivel primario.³⁹ Se creó el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y se fortalece la Red Nacional de Farmacovigilancia.⁴⁰ Se desarrolló y fortaleció el sistema de vigilancia de salud en el nivel primario y en el sistema de salud.⁴¹

En esta etapa se desarrolló de manera considerable la presencia de los médicos de familia en los proyectos cubanos de cooperación médica internacional. Esta experiencia tuvo su máxima expresión con la creación del Programa Integral de Salud, desarrollado a raíz del azote del Huracán Mitch a Centroamérica. Se puso en marcha el proyecto de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, como ejemplo máximo de manifestación solidaria. En ella se forman gratuitamente, como

médicos de familia, miles de jóvenes de otros pueblos que necesitan de este recurso humano. Estas experiencias y sus impresionantes resultados han constituido evidencias que validan el modelo cubano de medicina familiar en un contexto diferente.

En 1998 se realizó el II Congreso Nacional, el I Congreso Internacional de Medicina Familiar, y el I Congreso de la Confederación Internacional de Médicos de Familia (CIMF) en la región de Centroamérica y el Caribe. Cuba asume la presidencia del CIMF en la región de Centroamérica y el Caribe. Se puso en práctica la carpeta docente para la APS en colaboración con el ISCM-Habana, se proyectó la informatización de las bibliotecas de los policlínicos y se publicaron los Temas de Medicina General Integral.⁴² No obstante estos avances, en nuestro país no se alcanzó la satisfacción deseada entre usuarios y prestadores de los servicios de salud.⁴³ A finales de la década de los noventa se evidenciaba la necesidad de nuevos cambios. La baja resolutivez del médico de familia⁴⁴ parecía comprometer el sentido de pertenencia de los galenos y su compromiso con la medicina familiar. Se requería de una fuerte inyección de recursos y renovación de las estructuras.

- Fase del Proyecto Revolución. (Desde 2002 hasta la actualidad).

En esta fase los cubanos asistimos con satisfacción a la puesta en marcha del proyecto "Revolución", concebido por el Ministerio de Salud Pública y 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 tradicional y natural, por solo poner algunos ejemplos. Unido a ello está el programa de ópticas con el que se incrementa significativamente el número de ellas en el país y se mejora la calidad de la atención a las personas con déficit visual.

Al poder ofrecer -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 atención primaria de salud en nuestro país cobra mayor sentido en el orden práctico.

Es incuestionable el salto de calidad que ello implica y la satisfacción que generan estas transformaciones entre la población, sin contar el ahorro de tiempo y recursos que entraña.

Solo en materia de transportación se deben reducir los costos para el país y para las personas, debido a las miles de personas que ahora podrán resolver sus problemas cerca de sus propios hogares. También al disponer ahora de nuevo equipamiento en más unidades, debe mejorar la situación que se presentaba con el elevado índice de roturas derivado de la sobre explotación de los existentes anteriormente.

Perspectivas

No obstante estos avances, debo reiterar que las instituciones no hacen por sí solas un sistema. Si bien es cierto que toda esta nueva infraestructura dará lugar a una mejora de los servicios y a un incremento de la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud, los persistentes problemas en el orden organizativo y ético pueden empañar el impacto esperado con esta valiosa y

anhelada inversión. En el camino a la comunidad el sistema de salud debe aprovechar estos aires de transformación para perfeccionarse en todos los sentidos y contribuir con ello al perfeccionamiento de la sociedad.

El Ministerio de Salud Pública ha convocado al diálogo ético entre los profesionales como primer paso en el propósito de mejorar las actitudes, pero estas no se cambian de inmediato. Las Comisiones de Ética Médica de todos los centros, con una imagen renovada, deben fortalecer su carácter educativo y liderar el proceso de construcción y fortalecimiento de valores morales ciudadanos y profesionales, con el propósito de modificar actitudes positivamente. Se debe trabajar concientemente en el perfeccionamiento de la imagen que el médico, la enfermera y el resto de los profesionales de salud proyectan a la sociedad.

En el orden individual hay que fomentar la incorporación de valores éticos de modo que se logre la confianza en que el comportamiento moral de cada profesional será el correcto en cada caso, aun en ausencia de observadores externos. Para ello se pudiera abrir más el espacio para las reflexiones teóricas sobre la ética, basadas en nuestra identidad nacional.⁴⁵ Debe trabajarse sin descanso en el fortalecimiento de la gran tecnología médica, que es el método clínico, y en la capacidad de autoaprendizaje de cada profesional. Urge la recalificación del Equipo Básico de Salud para garantizar el desarrollo del método clínico en medicina familiar y el enfoque epidemiológico.^{29,46,47}

La estimulación salarial debería contemplar los años de experiencia y de permanencia en un centro; la diferenciación entre zonas, incluyendo las urbanas marginales. Especialistas de igual rango con diferentes años de graduado no deberían devengar el mismo salario.

En el orden sistémico debe reordenarse la comunicación entre las instituciones y niveles sobre bases y fundamentos sólidos, que en su esencia sean similares para todo el país, lo que condicionaría la homogeneidad y solidez del sistema de salud.⁴⁸ El análisis de la situación de salud debe convertirse en un proceso rector que involucre a los tres niveles de atención. Debe fomentarse y asegurarse que toda la información que se emita esté sustentada en la más absoluta veracidad. Es imprescindible el establecimiento y consolidación definitiva de los mecanismos y normas para la referencia y la contrarreferencia. Las experiencias positivas en este sentido deben ser consideradas al rediseñar el proceso.⁴⁹ Desde 1997 está propuesta la introducción de un modelo único e integral que pudiera ser utilizado para la comunicación esencial entre los profesionales de las diversas instituciones y que pudiera constituir un primer paso en este empeño por reducir el carácter informal de la información que se intercambia hoy.⁵⁰

La retroalimentación no debe ser solamente entre profesionales o instituciones; las unidades de análisis y tendencias de salud (UATS) deben esforzarse por exponerles periódicamente a los médicos y enfermeras -sus principales proveedores de datos- con informes sobre la situación de salud de las áreas o centros. De lograrse esto, con toda seguridad apreciarán mucho más su condición de miembros de un sistema y la utilidad de la información que emiten.

Una verdadera interrelación, en lo asistencial, lo docente, lo investigativo y lo administrativo prestigiará aun más al sistema y a sus integrantes. La satisfacción que generará estará dada en primer término por la percepción de que los problemas se resuelven a instancias del propio sistema y no como resultado del desgaste del paciente en la búsqueda de su solución o de favores condicionados y determinados por coyunturales relaciones interprofesionales o interinstitucionales. La labor en este sentido debe encaminarse a que cada trabajador de la salud se sienta parte del sistema y actúe en consecuencia.

La planificación en salud y el carácter táctico de la planificación de los servicios de salud deben basarse en las necesidades sociales que requieren ser satisfechas y en las posibilidades reales de su satisfacción. Hay que fortalecer el trabajo con los cuadros del sistema en función de elevar su nivel científico y capacidad de gestión. Esta última debe partir de la medición oportuna y efectiva de la satisfacción de los usuarios externos e internos y del reconocimiento al derecho de participación de

las personas y la comunidad en los problemas que les atañen.⁵¹ Las actividades de consulta y terreno en el nivel primario deben ganar en profesionalidad y caracterizarse por ser acciones planificadas.

Específicamente en el nivel primario del sistema se deben revisar y actualizar los documentos normativos-metodológicos vigentes para adecuarlos a las actuales circunstancias; reestructurar el ingreso en el hogar como proceso, dadas sus limitaciones.^{52,53} Se deben unificar y definir los conceptos sobre el uso, custodia y confidencialidad de las historias clínicas individuales y las de salud familiar. Aún no se ha definido el mecanismo para el uso de estos instrumentos por los especialistas interconsultantes y la manera en que dispondrán de la información sobre el paciente y su familia; esta situación contradice la disposición de mantener su custodia en los consultorios. La experiencia acumulada con las historias clínicas ambulatorias es suficiente como para no intentar su restablecimiento en las condiciones actuales.⁵⁴

La Sociedad de Medicina Familiar debiera diversificar los espacios para el debate científico y académico entre sus miembros e incrementar el rigor científico de la Revista Cubana de Medicina General Integral.

En el orden social, el próximo paso del sistema nacional de salud cubano en el permanente camino a la comunidad debiera ser el de fortalecerse en su condición de sistema y rescatar el espacio de la comunidad en la solución de sus problemas de salud. La salud es un producto social y por tanto desborda las potencialidades de nuestro sistema de salud. Fomentando la intersectorialidad, el mensaje debe dirigirse a que todos los sectores, incluido el de la salud, son entes transformadores activos de su situación actual. Pero de nada valdría todo ello sin una participación social efectiva, sin la cual no podrá haber una verdadera salud pública.

Dados los cambios que han tenido lugar, el Gobierno y especialmente el Ministerio de Salud Pública deben explicar a la población la estructura y funciones del sistema de salud según los niveles de atención que lo componen de manera tal que sus expectativas se ajusten a la realidad. Los medios de difusión masiva pudieran ayudar en este empeño.

Trabajando en esta dirección, con nuestra experiencia y la adquirida junto a otros pueblos, seguiremos allanando y perfilando cada vez con más claridad, el progresista e ineludible camino hacia la comunidad.

El reto ético está ahora en demostrar que el modelo puede ser tan eficiente como lo ha sido en otras tierras de pueblos hermanos.^{55,56} En ser capaces de despojarnos de la tendencia de querer dirigir cada consultorio desde otra oficina. Dejemos el espacio para la creatividad, tanto del Médico y Enfermera de la Familia como de las personas que forman parte de la comunidad que ellos atienden, y trabajemos por diseminar las mejores experiencias que se obtengan entre quienes día a día desarrollan el modelo desde su lugar más importante.

Consideraciones finales

A lo largo de estos años hemos transitado por etapas felices y otras no tanto, pero creo que al final, lejos de frenar nuestro avance generaron nuevos conocimientos que han sido punto de partida para las etapas siguientes. Hoy estamos mucho más felices por las positivas transformaciones que vivimos y si hemos llegado hasta aquí, es por esa historia que no podemos borrar y de la cual hemos sido sus protagonistas. No debemos avergonzarnos. Ese ha sido el camino recorrido y por tanto, fuente de conocimientos.

Las insatisfacciones de varias generaciones de médicos y enfermeras de familia y las de la población han sido cimiento para la transformación. Por la historia vivida y los incuestionables logros obtenidos, a pesar de todas las dificultades, errores y equivocaciones, la nueva generación de médicos de familia debe asumir el compromiso de no repetir errores pasados e identificar las insatisfacciones del presente para producir nuevos conocimientos que permitan la mejora sostenida de nuestro nivel científico y nuestra satisfacción personal y profesional, y con ello, favorecer desde

nuestro espacio la elevación del estado de salud de nuestra población.

No obstante, estoy convencido que nuestros médicos y enfermeras de la familia (incluso aquellos que renegaban de su condición) han contribuido con su anónimo esfuerzo al cambio positivo que ha tenido lugar en el cuadro de salud de la población cubana y al mejoramiento de los estilos de vida que hoy se aprecia al nivel macro. Esta será de las cosas que quizás no podamos demostrar con un estudio, pero sin dudas fuimos un pilar fundamental en el sostén de la sociedad durante todos estos años de crisis económica. Cerremos los ojos e imaginemos a nuestro país en pleno año 1993 sin la cobertura de médicos y enfermeras de la familia en todos los rincones. Nuestra existencia aseguró la equidad necesaria en momentos de crisis con la accesibilidad universal de los cubanos al sistema de salud, y la priorización de los escasos recursos para los más necesitados. En alguna medida, y obligados por las circunstancias, reforzamos nuestra labor preventiva y hemos compartido innumerables mensajes con la población en ese sentido.

Si comparamos la situación actual con respecto a 1984, momento en que comenzó la medicina familiar cubana, se aprecia un gran cambio para bien: 6 de cada 10 médicos de familia son ya especialistas en Medicina General Integral. En el orden asistencial hoy los médicos de familia ofrecemos la mitad de las consultas del país y casi se triplicaron las consultas al niño sano. Se incrementó el trabajo con el riesgo preconcepcional y se ha reducido sostenidamente la tasa de abortos inducidos, el índice de bajo peso al nacer y la mortalidad infantil; al 96 % de las gestantes se les realiza una captación precoz de su embarazo, lo que condiciona una mayor calidad en la atención prenatal. Existen evidencias de mejora en la calidad de la prescripción de medicamentos.⁵⁷

Se ha mantenido también el programa nacional de inmunizaciones gracias a lo cual se han erradicado varias enfermedades infecciosas y se previene contra 13 de ellas; se redujeron igualmente en aproximadamente un 10 % el número de consultas externas en hospitales y en un 4 % los ingresos. Se introdujo y se desarrolla la práctica del ingreso en el hogar. Los círculos de abuelos, son ahora más de 11000 con más de 200 000 miembros. Incorporamos las prácticas de medicina tradicional y natural, que contribuyeron a minimizar los daños derivados de la falta de medicinas en la pasada década y hoy son una alternativa más en nuestro espectro terapéutico. Han cambiado las actitudes relacionadas con la planificación familiar y la educación sexual. Otro tanto ha ocurrido con la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes. La expectativa de vida del cubano se ha incrementado a pesar de la crisis económica.

Ahora apreciamos mucho más la necesidad e importancia del trabajo en equipo; considerando equipo al sistema de salud en su conjunto; el enfoque científico y el valor de la ética en el ejercicio profesional; de la necesaria evaluación del ser humano como unidad biopsicosocial, considerando en lo social lo familiar, para poder intentar entonces aproximarnos a su complejidad.

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 20 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.

José Martí, en uno de sus versos libres, nos ofrece la disyuntiva existencial de elegir entre lo que llamó las "insignias de la vida": el yugo y la estrella; entre hacer de manso buey o ceñirse a la estrella para crear y crecer. Quienes en 1984 decidieron correr el riesgo de la estrella que ilumina y mata, aun contra la opinión de muchos, han favorecido la creación y han hecho crecer. Ellos y sus seguidores merecen todo nuestro respeto, aun cuando hoy ocupen nuevas y diversas funciones en nuestro sistema de salud o fuera de él.

En nombre de los nuevos y de los enamorados de este modelo, deseo expresar a todos sus precursores o inspiradores, incluyendo al doctor *Mario Escalona Reguera*, todo el reconocimiento que merecen, y mi más eterna gratitud.

Agradecimientos

A la doctora *Teresa Valdés Calderín*, al doctor *Cs. Luis Carlos Silva Ayçaguer*, y a las Profesoras *María del Carmen Amaro Cano* y *Lilian Jiménez Fontao*, por sus oportunas y acertadas observaciones a este trabajo.

Summary

Twenty years of the Cuban model of family medicine

The present paper deals with the history of Cuban family medicine since its very beginning in 1984. The first part presents the general characteristics of this medical care model and the advantages of the introduction and development of this model in the health care system for all the Cubans. Likewise, it also gives the author's opinion on the three factors that he considered as influential in the deterioration of this medical care model, that is, the economic crisis and its impact on the moral values of the society and of the health professionals as well, the fact that the reproduction of the model at national level did not reach the expected result similar to that achieved at "laboratory scale" and the inability of the Cuban health care system to adapt to necessary changes. It also sets forth the different periods of the Cuban family medicine during 20 years that was divided into four stages: political and implementation phase, Stagnation phase, methodological improvement phase and "Revolution" project phase. Finally, there are some reflections on the ways of facing unsolved questions that may jeopardize the future, making emphasis on the fact that the institutions are not the only essential components of a system. The paper particularly suggests concrete actions that should be carried out at the individual, system and social levels so as to improve the Cuban public health care in every aspect and to also contribute to the betterment of the society.

Key words: PRIMARY HEALTH CARE, CARE MODEL, FAMILY MEDICINE, FAMILY PHYSICIANS.

Referencias bibliográficas

1. Piñón Vega J, Guzmely Escalona B, Vergara Fabián E. El subsistema del médico y la enfermera de la familia: su desarrollo en Cuba (1984-1993). *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(1):61-9. [[Links](#)]
2. Castro Ruz, F. Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas. La Habana: Editora Política; 1983:53. [[Links](#)]
3. Kourí G, Guzmán MG, Bravo J. Dengue hemorrágico en Cuba. Crónica de una epidemia. *Bol Of Sanit Panam*. 1986;100(3):322-9. [[Links](#)]
4. Fernández Sacasas JA. La consulta del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1987;3(4):23-30. [[Links](#)]
5. Castro Ruz F. Discurso en la Clausura del VI Seminario Internacional de Atención Primaria. Palacio de las Convenciones, noviembre 28, 1997. La Habana: Edit. Política; 1998: 17. [[Links](#)]
6. Dirección Nacional de Estadísticas. Graduados de la Educación Superior según Especialidad 1959 - 2001. Anuario Estadístico. MINSAP. 2001. [[Links](#)]
7. Díaz Novás J, Salado Monteagudo C. Morbilidad general en un consultorio del Médico de la Familia. Estudio de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1989;5(3):351-61. [[Links](#)]
8. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pùb*. 2003; 29 (3): p.260-67. [[Links](#)]
9. Díaz Novás J, Fernández Sacasas JA. Control de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población de Alamar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1986;2(3):15-21. [[Links](#)]

10. Batista Moliner R, Sansó Soberats FJ, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):109-20. [[Links](#)]
11. De la Torre Montejo E. 60 Aniversario de Pediatría. Rev Cubana de Pediatr. 1988 nov-dic; 60:72 [[Links](#)]
12. Díaz Novás J, Medina Rojo N, González Moinelo N. Estudio clínico epidemiológico de la Diabetes Mellitus en 2 sectores de Alamar. Rev Cubana Med Gen Integr 1987;3(1):3-13. [[Links](#)]
13. Galbán García E. Epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas. Rev Cubana Med Gen Integr 1989;5(1):48-68. [[Links](#)]
14. Castro Ruz F. Discurso en la Clausura de la Cumbre de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados. Palacio de las Convenciones, junio 26, 1998. Periódico Granma 1998 Jun 30: 3-5. [[Links](#)]
15. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abrines J, Foyo L, Moya R. Conocimientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1988;4(1):72-7. [[Links](#)]
16. MINSAP. Dirección Nacional de Atención Ambulatoria. Programa de Atención Médica Integral a la Familia. La Habana: 1987:3-4. [[Links](#)]
17. Vera Miyar CR, Fernández Aspiolea E, Alonso Freyre JL, Basanta Marrero L, Zuazaga Cabrera G. Comportamiento del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):429-34. [[Links](#)]
18. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abrines, J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1988;4(1):72-77. [[Links](#)]
19. García González R, Suárez Pérez R. La educación al paciente diabético en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989;5(3):396-401. [[Links](#)]
20. Canetti JE, Consuegra E, Sarracino L. Estudio sobre información popular en lactancia materna en el policlínico integral docente "Playa". Rev Cubana Med Gen Integr. 1987;3(3):7-12. [[Links](#)]
21. Ordóñez Cancellor C, Pons Bravet P, Gil Toledo L, Abreu MT, Mazorra R, Morell I. El Círculo de Abuelos, una respuesta a las necesidades biopsicosociales de los ancianos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1987;3(4):51-57. [[Links](#)]
22. Jiménez Fontao L, Zaldívar Lores M. Experiencia del Médico de la Familia en un consultorio de "Plaza de la Revolución". Rev Cubana Med Gen Integr. 1987;3(1):135. [[Links](#)]
23. Orihuela de la Cal JL, del Sol Orta A, Gómez Vital M, Orihuela de la Cal ME. Apreciación del grado de motivación de médicos de la familia en Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6):601-5.
24. Dieste Sánchez W, Rodríguez Viera M, Skeen González G, Dueñas Herrera A. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa nacional de hipertensión arterial. Boyeros y Habana Vieja, 1995. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(6):544-50. [[Links](#)]
25. Ochoa Alonso A, Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E. El análisis de la situación de salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;12(4): Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi06496.htm acceso el 28.05.04. [[Links](#)]
26. Zayas Vinent M, Rodríguez Jústiz F. Utilización de los intereses, necesidades y conocimientos de los médicos de la familia como instrumento evaluativo de su práctica social. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(6):532-7. [[Links](#)]

27. Sansó Soberats FJ, Sylva Ayçaguer LC, Suárez Jiménez. Aspectos formativos del médico de atención primaria en su relación con el policlínico y el hospital. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(4):357-63.
28. Rodríguez Jústiz F, Zayas Vinent M. Estudios para el perfeccionamiento del plan del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1977;13(1):12-8. [[Links](#)]
29. Sansó Soberats FJ, Silva Ayçaguer LC, Suárez Jiménez J. Aspectos relacionados con la atención continuada a los pacientes en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(6):556-63. [[Links](#)]
30. Sansó Soberats FJ, Hernández Pérez A, Larrinaga Hierrezuelo M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(6):605-12. [[Links](#)]
31. Díaz Novás J, Pérez Vizcaíno D, Sotolongo Falero A, Estrada Díaz C. La evaluación de los programas de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1987;3(1):65-67. [[Links](#)]
32. López Espinosa JA, Díaz Del Campo S. Los médicos de la familia y los recursos informativos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1995;11 (2) Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_2_95/mgi22295.htm acceso el 28.05.04. [[Links](#)]
33. Presno Labrador C. Estrategia y plan de acción de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar para el período de 1996 a 1997. Editorial. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;12(2):111-2.
34. Cabrera López L, Hernández Cabrera GV, Valdés Mora M, Pérez Clemente F. Reflexiones sobre aplicación de técnicas grupales en actividades de la sociedad científica de medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(3):259-65. [[Links](#)]
35. Sansó Soberats FJ. El primer centro nacional de debate sobre medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(3): [http:// bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19-3-03/mgi13303.htm](http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19-3-03/mgi13303.htm) [[Links](#)]
36. Dirección de Servicios Ambulatorios. Dirección Nacional de Estadísticas. Modelos e instructivos de medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(6):645-96. [[Links](#)]
37. Sansó Soberats FJ, Vergara Fabián E, Pérez Peña J, Hernández Pérez A. Propuesta de modelo para la prescripción de medicamentos controlados por tarjeta. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(4):322-8. [[Links](#)]
38. Sansó Soberats FJ, Larrinaga Hierrezuelo M, Hernández Pérez A, Barreda Vidal A. Evaluación de la eficacia de un nuevo sistema de planificación de acciones de salud en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(5):574-80. [[Links](#)]
39. MINSAP. Carpeta metodológica de la APS y Medicina Familiar. Barcelona, Tallers Gràfics Canigó, SL,; 2001. [[Links](#)]
40. Debesa García F, Jiménez G, Bastanzuri T, Julián Pérez Peña J, Ávila Pérez J. Principales resultados del sistema cubano de farmacovigilancia en el año 2001. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(4):<https://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19-4-03/mgi13403.htm> acceso el 28.05.04 [[Links](#)]
41. Batista Moliner R, Gandul Salabarría L, Díaz González L. Sistema de vigilancia de salud a nivel de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 12(2) <http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol12-2-96/mgi08296.htm> acceso el 28.05.04 [[Links](#)]
42. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. [[Links](#)]
43. Chang de la Rosa M, Alemán Lage M del C, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(5):541-7.
44. Sansó Soberats FJ, Batista Moliner R. Hacia una mayor capacidad resolutoria y calidad de la

atención en nuestra medicina familiar. Editorial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(3):213-5. [[Links](#)]

45. Sánchez García Z, Marrero Rodríguez JN, Becerra Peña O, Herrera Calleñas D, Alvarado Peruyero JC. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(5): <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-5-03/mgi12503.htm> acceso el 28.05.04 [[Links](#)]

46. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(1):<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-1-03/mgi11103.htm> acceso el 28.05.04 [[Links](#)]

47. Sansó Soberats FJ. ¿Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción? Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(2): <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18-2-02/mgi06202.htm> [[Links](#)]

48. Rojas Ochoa F. La necesidad de una adecuada interrelación consultorio-policlínico-hospital. Rev Cubana Med Gen Integr.2002;18(5):307-9. [[Links](#)]

49. Páez Prats IA, Rodríguez Abrines J. Vinculación hospital-áreas de salud. Un enfoque práctico. Rev Cubana Med Gen Integr.1997;13(2): <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13-2-97/mgi12297.htm> [[Links](#)]

50. Sansó Soberats FJ, Valdivia Onega C, Lorenzo Rodríguez A. Propuesta de modelo para la transferencia de pacientes en el sistema de salud cubano. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(1): <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-1-03/mgi04103.htm> [[Links](#)]

51. Amaro Cano M del C. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(4): <http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19-4-03/mgi08403.htm>

52. Cuesta Mejías L. El ingreso en el hogar y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med General Integr.1997;13(3):205-6. [[Links](#)]

53. Reyes Sigarreta MR, Garrido García RJ, Balado Sanzón R, Llanes Álvarez MR. Grado de satisfacción de los médicos de familia con el procedimiento de ingreso domiciliario. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(5):<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-5-03/mgi03503.htm> [[Links](#)]

54. Cuesta Mejías LA, Presno Labrador C. Historia clínica en el consultorio. Una necesidad. Experiencia Médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(4):364-368. [[Links](#)]

55. Valenciaga Rodríguez JL. Implementación de un sistema de atención primaria de salud en una población indígena de Colombia. Experiencia Médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(4): <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19-4-03/mgi12403.htm> [[Links](#)]

56. Márquez Morales NE, Martínez Rodríguez B. La cooperación internacionalista cubana. Labor de la brigada No. 4. Honduras, 1998-1999. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):281-4. [[Links](#)]

57. Díez Córdova JP, Debesa García F, Sosa Lorenzo IA, García Roche RG, Bonet Gorbea MH, Fernández Larrea N. Estado de la prescripción de medicamentos en la atención primaria de salud de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(2):140-50. [[Links](#)]

Recibido: 5 de julio de 2004. Aprobado: 14 de septiembre de 2004.

Félix J. Sansó Soberats. Policlínico "Plaza de la Revolución" Ermita y San Pedro. Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana. E-mail: fsanso@infomed.sld.cu

* [Ponencia presentada en el Simposio "Mario Escalona In Memoriam", celebrado en la Escuela Nacional de Salud Pública, el 11 de junio de 2004.](#)

[1Médico de Familia. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar del ISCM-H. Miembro Titular de la SOCUMEFA.](#)

© 2010 1999, Editorial Ciencias Médicas

Calle 23 # 177 entre N y O - Edificio Soto, Piso 2
Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba



ecimed@infomed.sld.cu