

Ministerio de Salud Pública
Escuela Nacional de Salud Pública



Maestría de Atención Primaria de Salud

Título:

**Modelo de atención del Médico y la
Enfermera de la Familia.**

Policlínico Lawton.

Años 1983 - 1987

Autora: Dra. Teresa S. Rodríguez Cedrón

Tutor: Profesor Gregorio Delgado García

Asesor: Dr. Félix Sansó Soberats

Ciudad de La Habana

2007

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres.

A mi esposo y mis hijos, por ser copartícipes del trabajo,

Que soportaron todo este tiempo sin perder la paciencia,

Alentándome a llegar al final.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento, en primer lugar al profesor Gregorio Delgado García, por su amabilidad al aceptar ser tutor de esta investigación, por sus valiosas sugerencias, y sobre todo, por confiar en mí; al doctor Félix Sansó Soberats, por su apoyo y preocupación constante; a Irma, que introdujo mejoras en la redacción del documento con sus geniales ideas.

Al doctor José Rodríguez Abrines y mis compañeros, que accedieron a ser entrevistados, que respondieron mis preguntas con paciencia.

Se hace extensivo este agradecimiento a aquellos amigos, no mencionados, por ofrecerme siempre una mano con la que he podido contar.

Siglas utilizadas:

APS: Atención Primaria de Salud

ASS: Análisis de la Situación de Salud

CDR: Comité de Defensa de la Revolución

CMF: Consultorio médico de la familia

FEU: Federación de Estudiantes Universitarios

MGI: Medicina General Integral

MINED: Ministerio de Educación

MICONS: Ministerio de la Construcción

PCC: Partido Comunista de Cuba

SNS: Sistema Nacional de Salud

UJC: Unión de Jóvenes Comunistas

INDICE

INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN _____	8
MARCO TEÓRICO _____	17
OBJETIVOS _____	32
MÉTODO _____	34
DESARROLLO _____	37
CONSIDERACIONES FINALES _____	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	72
ANEXOS _____	78

INTRODUCCIÓN

La salud es la resultante de la interacción de múltiples determinantes o factores más allá de los estrictamente biológicos y la asistencia médica es un elemento importante, pero no el único, con capacidad para influir en el estado de salud de los individuos y la comunidad. La actividad médica no puede considerarse sin el concurso de las actividades preventivas.

Prácticamente todas las intervenciones que el personal de salud realice con los pacientes en los diferentes lugares de atención sanitaria, pueden y deben complementarse con orientaciones y consejos destinados a la promoción de la salud de los individuos, de la familia y de las comunidades.

El enfoque biomédico tradicionalista dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, supone una respuesta parcial e incompleta a las necesidades en salud de la población. Hay una aceptación generalizada de que, cuando las intervenciones de los sistemas sanitarios se limitan a resolver los problemas agudos que presentan los pacientes y sus profesionales actúan únicamente como meros agentes que responden con intervenciones centradas en las enfermedades, los resultados finales en salud son insuficientes, pues no se obtienen los beneficios esperados.

El proceso de reforma del sector de la salud cubano ha sido permanente. Se han realizado renovaciones dirigidas a lograr una mayor eficiencia y efectividad en las acciones de salud (1). Este desarrollo permitió cumplir antes de lo proyectado la meta de Salud para todos en el año 2000 y proclamar el propósito de convertir a Cuba en una potencia médica mundial.

El 4 de enero de 1984, comenzó en el Área de Salud del Policlínico Lawton, municipio 10 de Octubre, en Ciudad de La Habana, un nuevo modelo de atención primaria de salud, el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia,

acontecimiento que marca en la historia de la salud pública cubana una verdadera revolución dentro del Sistema Nacional de Salud.

Este modelo, también denominado Médico de las 120 Familias, Médico de la Familia o Médico de la Comunidad, se inició con diez médicos e igual número de enfermeras, basado en un trabajo en equipo, que brindaba atención integral y dispensarizada a un sector reducido de población y consideraba a la familia como la unidad principal de atención.

Por haber tenido la autora de este estudio la oportunidad y el privilegio de integrar el equipo de profesores que dieron su aporte en esta actividad, resultó interesante investigar sobre aquella exitosa experiencia fundacional, y se consideró valioso retomar algunos aspectos como fueron la decisión de la implantación de dicho modelo en el Policlínico Lawton, su organización y desarrollo.

Al comenzar el análisis, surgieron interrogantes como: ¿por qué fue seleccionada esa área?, ¿qué características existían en ese centro? y ¿qué actividades se realizaron en el mismo, las cuales permitieron su implantación?

En la realización del trabajo se caracterizó el modelo desde el punto de vista administrativo, docente, asistencial e investigativo y se tomó en consideración el testimonio de quienes tuvieron la posibilidad de ser sus fundadores, por considerarlo como una contribución a difundir una experiencia que es un eslabón en el proceso dinámico y continuo de desarrollo de los servicios de salud en Cuba, que tiene logros importantes. La vinculación del médico a la familia, eslabón importante en el sistema nacional de salud, fue resultado de la evolución de los modelos anteriores, que apoyada por la voluntad política del

Presidente Fidel Castro Ruz, permitió una concepción más avanzada de la atención, para resolver un número elevado de afecciones de la población.

De este modelo se ha expresado que generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario y que rescató la atención al ser humano en su amplia dimensión como ser biopsicosocial, considerando la influencia del ambiente sobre su salud (2).

Experiencia que concretaba las ideas que desde varios años atrás, la máxima dirección del país venía planteando con relación a la necesidad de generar transformaciones en el modelo vigente de organización de los servicios médicos en el primer nivel de atención (3).

Basado en un enfoque clínico, epidemiológico y social de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad, el modelo de medicina familiar que surge en el Policlínico Lawton se extendió al resto del país (4), y por las anécdotas que se han escuchado de los protagonistas del modelo original, se aprecia que el mismo, no solo produjo mayor grado de satisfacción entre quienes recibieron esta nueva modalidad de atención médica, sino que también fue elevado en el personal de salud encargado de ofrecerla.

Los propósitos principales de este modelo fueron garantizar el paso de la atención de la enfermedad a la promoción de salud; de curar a cuidar; de recetar a educar; de atender al enfermo a vigilar al sano; de prestar servicios personales, a servicios continuados en la comunidad; de intervención, a participación.

La salud pública hubo de cambiar su organización y métodos, ya que se necesitaba de una respuesta distinta, que situara al médico y enfermera de la familia como máximos responsables de la salud de los individuos, las familias y

del medio, es decir se reafirma que en el sector de la salud, no solo se debe garantizar la prestación de servicios, sino ante todo, la resolución de los problemas de salud de la población con medios propios o, a través de mecanismos que lo aseguren.

El médico y la enfermera de la familia están comprometidos con personas de cualquier sexo y edad, su compromiso con el individuo o la familia no termina con la erradicación de una enfermedad, sino comienza cuando la persona está sana. La relación médico-paciente después de establecida tiene una importancia especial en la práctica, desarrolla interés por sus pacientes que va más allá de sus dolencias. Las enfermedades son consideradas en su contexto personal, familiar y social.

Veintidós años después, la Medicina Familiar es una realidad que se ha convertido en una fortaleza del Sistema de Salud.

De aquellos primeros 10 médicos que comenzaron en el año 1984, ya en el año 2006 existían 33 221. La población atendida por médicos de familia alcanzó un 99,7 % y se han construido 14 007 consultorios (5).

Las decisiones perfeccionaron y generaron un progreso en el establecimiento de un enfoque del trabajo en salud pública genuinamente participativo, centrado en la promoción de la salud y la prevención (6).

JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Cuba ha logrado un avance extraordinario en el campo de la salud y ha ido introduciendo cambios estratégicos para ir perfeccionando el Sistema Nacional de Salud.

La experiencia de la implantación del modelo del Médico y la Enfermera de la Familia en el Policlínico Lawton en el año 1984, derivó en el desarrollo del actual modelo de Medicina Familiar en Cuba que exhibe logros más allá de sus fronteras.

Sin embargo, aunque existe suficiente información disponible sobre el modelo de atención, hay algunos aspectos en los cuales no se ha profundizado y al tratarse de una experiencia, que dio lugar a la formación de toda una generación de médicos y enfermeras de la familia en el país, es interesante recoger los testimonios de quienes tuvieron el privilegio de ser sus protagonistas y dejar constancia escrita de las singularidades de ese modelo para las generaciones futuras.

El municipio 10 de Octubre, antigua barriada de Jesús del Monte está situado en el área centro-norte de la Ciudad de La Habana. Surgió con la aplicación de la división político administrativa a finales de 1976, tomando el nombre de una de las principales vías de la ciudad, la cual atraviesa el territorio de norte a sur. (7) Con una extensión de 12,18 km² limita al norte con el municipio de La Habana Vieja, al sur con Arroyo Naranjo, por el este con San Miguel del Padrón y por el oeste con el Cerro. Con la división político administrativa el municipio se dividió en nueve consejos populares.

División por consejos populares del municipio 10 de Octubre

NOMBRE	EXTENSIÓN	% POBLACIÓN
Acosta	1.24 km ²	11
Jesús del Monte	1.26 km ²	14
Lawton	2.24 km ²	12
Luyanó	1.48 km ²	14
Santos Suárez	1.43 km ²	13
Sevillano	0.48 km ²	5
Tamarindo	1.08 km ²	13
Víbora	1.53 km ²	14
Vista Alegre	1.39 km ²	4

La atención médica y hospitalaria se brinda en cinco hospitales, ocho policlínicos, 375 consultorios del Médico de la Familia y 5 clínicas estomatológicas. Correspondió al territorio el privilegio de haber iniciado de forma experimental en el Policlínico de Lawton un nuevo modelo de atención médica.

Este policlínico está ubicado en la intersección de Avenida Camilo Cienfuegos (antigua calle Dolores) y calle 10, fue inaugurado el 24 de febrero de 1958 como una Casa de Socorro, que brindaba asistencia curativa a las urgencias médicas a los más de 20 000 habitantes de la barriada.

En los años de la década de 1960, se transformó el Policlínico en Integral y se comenzaron a desarrollar acciones de protección, promoción y recuperación de la salud.

En la década de 1970 el policlínico estaba dividido en ocho sectores de población adulta y tres sectores de población pediátrica, los galenos eran médicos generales por lo que la población prefería atenderse con especialistas en los hospitales.

En el año 1983 el Policlínico brindaba atención médica a una población de aproximadamente 25 000 habitantes, estaba dividido en sectores con un promedio de 4 500 habitantes por sector. Todos los médicos que allí laboraban eran generales, hasta finales del año que se incorpora la doctora Violeta Herrera Alcázar, especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia. Realizaban consultas por las mañanas y por las tardes. No tenían conocimiento exacto de la población real ya que solo atendían a las personas que acudían espontáneamente. La población seleccionaba el médico con el cual quería atenderse y era necesario marcar bien temprano para sacar el turno de la consulta. Los medios auxiliares de diagnóstico existentes en el policlínico eran laboratorio clínico, rayos X y electrocardiografía.

Los pacientes que requerían evaluación especializada eran remitidos a los hospitales Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" y Materno Infantil "10 de Octubre". Se recibía la visita de especialistas de Psiquiatría y Ortopedia.

Existía conocimiento de algunas características sociales, culturales y económicas de la población por un estudio realizado por el departamento de Servicio Social, donde se reflejaban múltiples problemas.

El director, doctor José Rodríguez Abrines, propuso realizar un censo con el objetivo de caracterizar el área de acuerdo con la extensión territorial y densidad poblacional para conocer el total de población, las enfermedades más frecuentes, y de este modo definir el cuadro de salud. Todos los trabajadores del centro participaron en esta actividad.

Al terminar el censo se realizó el análisis de historias clínicas y se detectó que los habitantes según los datos del archivo eran 21 821 y por el censo, 22 136, existían 4 797 historias clínicas de personas que habían causado baja, se identificaron 5 112 personas que nunca habían asistido al policlínico y se conoció que el 35% de las embarazadas recibía su atención prenatal en el hospital.

Según encuestas realizadas, algunas personas no confiaban en los servicios que recibían en el policlínico, preferían ser atendidas en el hospital. El 25% de la población no había asistido nunca al policlínico, asistía sistemáticamente el 25% y el 50% restante solo iba por problemas de salud poco complejos, como toma de tensión arterial, chequeos médicos de rutina, entre otros.

Es seleccionado el policlínico en ese año para poner en práctica la iniciativa del nuevo modelo de atención médica, el médico y la enfermera de la familia.

MARCO TEÓRICO

La Atención Primaria de Salud es actualmente analizada en múltiples congresos internacionales, por lo que se hace necesario reflexionar sobre los elementos que sirvieron como antecedentes para el surgimiento y puesta en práctica de este modelo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Atá, Kazajstán, reunió en 1978 a 134 países y 67 organismos internacionales, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS), como una estrategia para alcanzar la meta de "Salud para Todos" en el año 2000, entendiendo por APS: "La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación"(8).

Existen múltiples definiciones de Atención Primaria de Salud:

En 1920, Dawson, Ministro de Salud de Inglaterra, definió la institución encargada de brindar atención médica a nivel primario como: «institución equipada con servicios de medicina preventiva y curativa, conducida por un médico general del distrito».

En 1966, el informe de la Comisión Millis (Comisión de ciudadanos) en los Estados Unidos consideró la APS como: «Entrega de primer contacto, la adopción de la responsabilidad longitudinal por el paciente independiente de la presencia o ausencia de enfermedad y la integración de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud».

En la década de los años 1970, la Academia Americana de Médicos de Familia la define como: «Forma de entrega de cuidados médicos que acentúa los cuidados de primer contacto y asume la responsabilidad continuada en el mantenimiento de la salud y el tratamiento a las enfermedades de los pacientes. Estos cuidados personales están envueltos en una interacción única de comunicación entre el paciente y el médico, que incluye la coordinación de la atención a los problemas de salud del paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociales».

En 1984, en España el Real Decreto 137 sobre estructuras básicas de salud en la Ley General de Sanidad define que: « El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que efectúan su actividad sobre la zona de salud, y el centro de salud es el lugar físico de reunión del equipo de atención primaria y centro de la zona de salud». (9)

En 1984, en Cuba, el doctor Cosme Ordóñez Carceller, profesor y científico cubano dedicado a la atención primaria, definió la APS como: «El conjunto de actividades planificadas de atención médica integral que tienen como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad, aplicando la metodología científica con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas». (10)

En 1994, Bárbara Starfield en la revista Lancet, la define como: « el primer contacto; la atención continuada, integral y coordinada, ofrecida a poblaciones no diferenciadas por género, enfermedad o sistema orgánico» (9).

En enero de 1996, la Dirección de Atención Primaria del MINSAP de Cuba, en la Carpeta Metodológica publicada, enuncia la APS para su programa de trabajo vigente como: «La asistencia ambulatoria basada en métodos y

tecnologías prácticas, científicamente fundamentada y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente» (11).

En el año 2003, el profesor Francisco Rojas Ochoa expresó: «la APS es el campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos» (12).

La medicina familiar ha evolucionado de diversas maneras, este análisis contribuirá a comprender mejor lo realizado en Cuba, a profundizar más en sus logros y problemas a partir de otras experiencias que pueden haber servido de referencia, pero nunca de copia acrítica.

La medicina familiar es una disciplina académica que ha tenido un importante desarrollo en el ámbito internacional tanto en los aspectos académicos como en los asistenciales, consolidándose como la base del sistema de salud en muchos países como Cuba y otros como Canadá e Inglaterra donde el cuidado primario en salud fundamentado en promoción y prevención, la continuidad en la atención, el enfoque integral basado en los riesgos biopsicosociales, la excelencia clínica, el enfoque sistémico en la atención y la aplicación práctica de muchos otros principios de la medicina familiar, han tenido un importante aporte para lograr no sólo la ausencia de la enfermedad sino el tener la salud como un componente del bienestar (13).

La práctica de la especialidad varía según los países; en algunos, como Estados Unidos, Canadá y Nepal, los médicos de familia trabajan también activamente en el hospital. En otros países, como Gran Bretaña la medicina de familia se ejerce sobre todo en atención primaria y poco en el ámbito hospitalario (14).

En España un Real Decreto de 1978 creó oficialmente la especialidad de medicina de familia: “El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario”.

En una publicación de Fabiana Mariscotti, Política de Salud en Inglaterra, se expresa que el National Health Service, (NHS) es la organización destinada a brindar el servicio de cuidado de la salud a la población del Reino Unido, fundado con los principios de cobertura total para todos los ciudadanos y acceso gratuito. Plantea además que todo ciudadano o residente en el Reino Unido tiene el derecho a registrarse con un médico clínico. (GP), que provee servicios de salud primarios en la clínica más cercana a su domicilio. Esto es sin costo alguno y tampoco debe pagar las consultas con el GP ni las visitas domiciliarias.

Se basa en los principios de:

- universalidad, el sistema es para todos sin importar el ingreso ni cualquier otra distinción posible
- gratuito al punto de uso o servicio principalmente financiado a través de impuestos
- completo, el NHS cubre un amplio rango de servicios, desde cuidados básicos a tratamientos de alta complejidad

Con respecto a la atención brindada a los pacientes se divide el servicio en dos principales áreas:

- Cuidados primarios y cuidados comunitarios
- Cuidados secundarios

Cuidados primarios: agrupaciones por regiones geográficas de profesionales de cuidados primarios, GPs, enfermeras y personal necesario para el

funcionamiento de las clínicas, primer punto de contacto de los pacientes con el sistema, y quienes mejor entienden sus necesidades, actúan como filtros a los servicios especializados de los hospitales.

Cuidados comunitarios comprende los servicios de cuidados primarios en el hogar del paciente.

Trabajan con el GP en la clínica, enfermeras, obstetras, health visitor (su tarea es la de dar consejos sobre cuidados de la salud, especialmente a padres de niños pequeños y ancianos; principalmente el servicio lo prestan en los hogares).

En las clínicas se hacen intervenciones menores, electrocardiogramas, se toman muestras de sangre y toda otra tarea que no requiera de un especialista o de complejo equipamiento, para lo cual será derivado al hospital.

En el Reino Unido, los profesionales del grupo de atención primaria son la puerta de entrada al sistema de salud.

El gobierno ha dado un paso más, vigorizar el sector de cuidados primarios y darle mayor participación a los individuos dentro del sistema. Se realiza un gran énfasis en mantener bien informada a la población y hacer a los individuos más responsables en el cuidado de la salud. No solo en su propio cuidado sino en colaborar con las autoridades en detectar las necesidades locales y como satisfacerlas (15).

En "La Salud de las Américas", publicación de la OPS, se señala que en Canadá los médicos de atención primaria de salud *-médicos de familia o generales-* son los primeros puntos de contacto con el sistema de salud para la mayoría de los canadienses. Los médicos de atención primaria refieren los

pacientes a especialistas, prescriben medicamentos o pruebas de diagnóstico y recomiendan el ingreso en los hospitales. La mayoría de estos médicos ejercen la medicina en forma privada, es decir presentan su reclamo de servicio directamente a los planes de seguro médico provincial o territorial para recibir su pago. Los servicios de salud de largo plazo y continuos, por lo general, están organizados en dos niveles: atención institucional y atención domiciliaria. La atención domiciliaria abarca una amplia gama de servicios que permiten a las personas total o parcialmente incapacitadas vivir en su casa, lo que a menudo evita, retrasa o sustituye otras alternativas de atención prolongada o de atención aguda. La atención domiciliaria se presta de acuerdo con muchas estructuras institucionales y según numerosos mecanismos de financiamiento y pago (16).

Actualmente, en Estados Unidos de Norteamérica existen 670.000 médicos. De ellos, 52.000 lo son de familia y 20.000 médicos generales. Existen 452 programas de formación de medicina de familia para médicos residentes, repartidos en hospitales y en centros médicos; en 1997, el 16 % de los graduados en Medicina eligieron como especialidad la medicina de familia.

El médico de familia es probable que ejerza en una consulta privada. Sin embargo, las prácticas médicas cambian y, aunque todavía existen algunos médicos que visitan en solitario, los médicos de familia tienden cada vez más a agruparse y a formar equipos multidisciplinarios.

Durante su trabajo diario, el médico de familia visita a unos 20-30 pacientes. También llevan a cabo numerosos procedimientos, y el 36 % de los especialistas en medicina de familia ofrecen servicios de obstetricia a sus pacientes. Puede realizar también cirugía en la consulta, fibrosigmoidoscopia

flexible, colposcopía y enyesado de fracturas simples. Así mismo, la mayoría de los médicos de familia atienden también a sus pacientes en el hospital y en las residencias para ancianos. Los problemas que atiende varían de un lugar a otro, según el interés de cada profesional (14).

En el caso de América Latina y el Caribe, a pesar de algunos logros alcanzados, no se han explotado al máximo las potencialidades que ofrece la APS. Según el informe de la OPS "La Salud en las Américas", publicado en 1998, hasta 1995, en la composición del Gasto Nacional en Salud, predominaba el gasto privado, con orientación hacia la atención secundaria.

En México la medicina de familia ha desempeñado un importante papel en la atención sanitaria desde los años de la década de 1970. (14)

Argentina tiene aproximadamente 36 millones de habitantes y 90,000 médicos. Se estima que 30,000 a 40,000 son generalistas (varía de acuerdo a la definición). De estos, 3,500 son Médicos de Familia egresados de Residencias (no todos ejercen como tales). Se considera que un médico de familia puede hacerse cargo de una población promedio de 2,000 personas. Si cada argentino tuviera su médico de familia, sería necesario contar con aproximadamente 18,000 médicos. Si todo siguiera como hoy: considerando 3,500 especialistas en MF en ejercicio y 450 a 500 egresando anualmente de las Residencias, serían necesarios 30 años para satisfacer esta demanda. (17)

Hay varias asociaciones médicas que promueven el intercambio de ideas entre médicos de familia de diferentes países así como la formación de médicos de familia en todo el mundo. La WONCA promueve la formación de médicos de familia a nivel mundial. El Centro Internacional de Medicina de Familia (CIMF) con sede en la Argentina promueve la capacitación de médicos de familia en

América Latina. También trabajan enérgicamente para fomentar el desarrollo de la medicina de familia en otros países los miembros de varias organizaciones nacionales de médicos de familia y de generalistas. Se incluyen entre estas el Real Colegio de Médicos Generales (Reino Unido, Australia, y Nueva Zelanda), el Colegio Canadiense de Médicos de Familia, la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) y la Sociedad Norteamericana de Profesores de Medicina Familiar. El departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Texas en Galveston ofrece cursos para el desarrollo de docentes a profesores de medicina familiar latinoamericanos. Mediante el intercambio internacional de médicos de familia y el establecimiento y financiación de un centro internacional para la promoción de la medicina familiar y la formación de especialistas, los profesionales de este campo podrán llegar a conocer la solidez de determinados programas y a potenciar el desarrollo mutuo así como la capacitación de docentes, y podrían prestar asistencia técnica a muchos países interesados en formar médicos de familia.

(18)

Una búsqueda en la historia de las prestaciones de salud en Cuba que se puedan calificar como de atención primaria, encontrará algunos ejemplos en siglos pasados. (12)

1825- Facultativo de semana

1871- Casas de socorro

Centros Mutualistas

1960- Dispensarios

Servicio Médico Rural

1964- Policlínico Integral

1974- Policlínico Comunitario

1984- Plan del médico y Enfermera de la Familia

El facultativo de semana fue el primer modelo estatal de atención médica ambulatoria establecido en Cuba por el sistema de salud colonial y su importancia histórica es innegable por el paso de avance que significó en el desarrollo de la salud pública en su época y por el beneficio que reportó a las capas más humildes de la población de la isla (19).

Esto ocurrió en 1825, lo describe así el historiador médico *Gregorio Delgado García*: "Este modelo consistía en nombrar semanalmente dos facultativos, un médico y un cirujano, que rotaban sin excepción alguna entre todos los de la ciudad, y debían atender gratuitamente a los enfermos y accidentados que se presentaran entre los pobres de solemnidad de la población, les imponían tratamiento en sus casas y si fuera necesario los enviaban a los hospitales de caridad; realizaban también funciones de médico forense; inspeccionaban las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos y se ocupaban de la higiene de los alimentos que se expedían en los comercios de la ciudad."

El modelo se mantuvo hasta 1873, en que fue sustituido por los médicos municipales, que se comenzaron a designar en 1871 (12).

El modelo de atención médica ambulatoria del facultativo de semana fue sustituido oficialmente por el Servicio Sanitario Municipal, el cual comprendía los modelos de atención médica ambulatoria de **Casas de Socorro** y la asistencia a domicilio de los enfermos pobres, además del servicio forense, el necrocomio, la subinspección general y el gabinete bromatológico, creado por decreto del gobierno general del 24 de agosto de 1871 y del 24 de octubre del mismo año. Tenían un reglamento donde se especificaba que: las Casas de

Socorro satisfacen la necesidad que tiene de ser atendido sin pérdida de tiempo cualquier lesionado o enfermo en parajes públicos o en los domicilios privados y la asistencia a domicilio de los enfermos pobres. (19) Las casas de socorro y los cuerpos de guardia de los hospitales así como los dispensarios fueron las instituciones que brindaron atención médica primaria estatal durante el periodo de la Republica Liberal Burguesa.

En los primeros años después del triunfo de la Revolución las antiguas casas de socorro se transformaron en **policlínicos** con servicios más amplios de consulta y cuerpos de guardia. Un mes después del triunfo revolucionario, en febrero de 1959, se creó el Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesinado del Ejército Rebelde, y entre sus funciones se incluyó la atención a la salud de la población campesina. En enero de 1960 se aprobó la Ley 723 la cual creó el Servicio Médico Social Rural. Las funciones asignadas fueron en esos momentos: la asistencia médica, la vigilancia epidemiológica, la vacunación, la educación sanitaria y actuaciones médico legales. Esto indica que desde temprana fecha los servicios que organizaba la salud pública revolucionaria buscaban la integralidad, es decir, la fusión en una unidad aplicativa de la promoción y prevención con la asistencia y rehabilitación (20).

En agosto de 1960 el Comandante Ernesto Guevara de la Serna en una conferencia al iniciarse un curso en el Ministerio de Salud Pública, que posteriormente fue titulada "El médico revolucionario", expresó las bases de su concepción de una medicina de esencia social y proyección humanista:

"[...]El médico, el trabajador médico, debe ir entonces al centro de su nuevo trabajo, que es el hombre dentro de la masa, el hombre dentro de la

colectividad. Siempre, pase lo que pase en el mundo, el médico, por estar tan cerca del paciente, por conocer tanto de lo más profundo de su psiquis, por ser la representación de quien se acerca al dolor y lo mitiga, tiene una labor muy importante de mucha responsabilidad, en el trato social" (21).

En los años de la década de 1960, se llevó a cabo un modelo de atención integral basado en un modelo asistencial por médicos en el policlínico y la atención de terreno por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios por sectores de 2 000 habitantes, que se ocupaban de la solución integral de los problemas de salud de la época -enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles y otras, así como demanda de asistencia médica- que recibió el nombre de **policlínico integral** . En ese tiempo se practicaba una medicina integral, preventiva y curativa; y se ejecutaban acciones de salud sobre las personas y el medio, que se agruparon en forma de programas, como respuesta a los problemas de salud que prevalecían (enfermedades infectocontagiosas) (22). El Policlínico Integral surgió como centro de las acciones en la atención primaria de salud. Fueron innovaciones probadas en el experimento, la adopción de la carpeta familiar, como expresión de la política propuesta de atención integral a la familia, la sectorización de la población, la implantación de programas orientados según daño o enfermedad, el estímulo a la participación comunitaria, el programa de inmunizaciones, la educación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la inspección sanitaria (20).

En 1964 se inicia el nuevo modelo de atención primaria en el Policlínico Integral "Aleida Fernández Chardiet", en la Lisa, Marianao, como centro experimental

del plan, y al analizar los resultados positivos del modelo, este se extendió a todo el país y estuvo vigente por 10 años (23).

Estos policlínicos integrales coexistieron hasta 1968 con la atención prestada por las clínicas mutualistas integradas que atendían por aquel entonces un millón de personas -población aproximada en la época: siete millones de habitantes-. El éxito mayor de los policlínicos integrales fue disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa de disminución de la mortalidad infantil.

En 1972 el policlínico se definió como: "la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general" (24).

La búsqueda de nuevos procedimientos que dieran respuesta a las necesidades de la población dio paso a un nuevo modelo de atención.

Este modelo consistía en la dotación a los policlínicos de especialistas en medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia, y la elevación de la calidad en la visita domiciliaria mediante la visita médica. Sus éxitos principales fueron la disminución de la mortalidad infantil a la cifra de 10 por 1000 nacidos vivos, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y las actividades de control de las enfermedades epidémicas (22).

Ensayado de forma experimental en el Policlínico Alamar, del municipio Habana del Este, en Ciudad de la Habana, en 1974, además de brindar atención preventivo-curativa al individuo, comenzó a proyectar acciones de

salud hacia la comunidad y se logró así, una mayor calidad en la atención a la población.

Las tareas fundamentales a desarrollar por el policlínico se definieron en torno a los Programas Básicos del Área, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al ambiente.(20) Este modelo tenía como programas básicos la atención integral a la mujer, al niño, al adulto, y otros como el de Estomatología e Higiene y Epidemiología.

Desde comienzos de la década de 1980 surgió la preocupación por adecuar la atención de salud a la nueva realidad epidemiológica del país. Las decisiones perfeccionaron y generaron un progreso en el establecimiento de un enfoque del trabajo en salud pública genuinamente participativo, centrado en la promoción de la salud y la prevención. La necesidad de un personal médico especializado en medicina general integral presionó por nuevos avances en el terreno del diseño curricular y la elaboración de un perfil del médico.(6)

Esta idea fue llevada a la práctica y el Policlínico Lawton tuvo el privilegio de ser pionero en un nuevo modelo de atención que pocos meses después habría de ser calificada por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como de "perfeccionamiento de la Atención Primaria".

Aunque el enfoque de atención en la dispensarización parte del individuo, se extiende a la familia y alcanza a toda la comunidad, para identificar allí los factores que puedan atentar contra las personas individualmente o en grupos de ellos, atendiendo a sus hábitos y su desempeño en la sociedad (25).

Los aspectos planteados sugieren que al Plan del Médico de la Familia pueden atribuirse un conjunto de resultados que se vinculan a la salud de la población y a aspectos operativos en la gestión de la Atención Primaria.

En Cuba, el médico de familia es el protagonista principal del plan de salud integral que se ofrece a los ciudadanos del país.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia en el Policlínico Lawton en el periodo 1983 - 1987.

Objetivos específicos:

- Describir el contexto histórico y los factores que condicionaron la implantación del modelo en ese centro.
- Caracterizar el modelo desde el punto de vista administrativo, docente-asistencial e investigativo.

MÉTODO

Con el propósito de caracterizar el modelo del médico y la enfermera de la familia desarrollado en el policlínico Lawton, perteneciente al municipio 10 de Octubre se realizó un estudio descriptivo.

Se analizó el periodo comprendido entre los años 1983 hasta 1987 al considerar la fase de propuesta del modelo, hasta la fecha en que los médicos fundadores culminaron sus estudios de postgrado y se titularon especialistas en Medicina General Integral.

Como método teórico se utilizó el histórico-lógico para dar cumplimiento a los objetivos propuestos y profundizar en el desarrollo del tema investigado, de manera que permitiera conocer la génesis de lo realizado en Cuba.

Se utilizaron dos tipos de fuentes:

-primarias: abarcaron el conjunto de técnicas y procedimientos en el trabajo de campo y la interacción con los sujetos.

-secundarias: información obtenida mediante la recolección de datos estadísticos, recopilación de material bibliográfico, documentos relacionados con la atención primaria de salud. (como metodología de análisis teórico-histórico-retrospectivo).

Por lo demás se utilizó el método descriptivo y el análisis y la síntesis durante el proceso de revisión bibliográfica.

Como método empírico, fue utilizada la entrevista a los protagonistas de esta actividad en el Policlínico Lawton los que al mismo tiempo fueron parte de las fuentes primarias.

Posteriormente se organizó un Grupo de Discusión donde se analizaron los datos recogidos individualmente con anterioridad.

Se realizó búsqueda de información relacionada con el contexto histórico y los factores que condicionaron la implantación del modelo en el Policlínico Lawton en el año 1984 y relacionada con las actividades:

Administrativas

Docentes

Asistenciales e Investigativas

Fueron entrevistados:

Dr. Pedro Llerena Fernández - director provincial de salud

Ciudad de La Habana en 1984

Dr. José Rodríguez Abrines - director del Policlínico Lawton en 1984

Dra. María Cristina Reyes Fernández - médica general

Dra. María Josefa García Avalos - médica general

Dra. Violeta Herrera Alcázar - especialista en ginecología

Dr. Ernesto Vicente Peña - especialista en medicina interna

Dra. Rosa Maria Báez Dueñas - médica fundadora

D.r Rene Espinosa Alvarez - médico fundador

Dra. Verónica Parrondo López - médica del segundo grupo

Lic. Milagros León Villafuerte - enfermera fundadora

Lic. Teresa Pinatel Mora - enfermera fundadora

Enf. Magaly Veranes Fabar - enfermera supervisora

Tec. Alicia Márquez de la Torre - estadística

DESARROLLO

Para describir la experiencia de la implantación y desarrollo del modelo del médico y la enfermera de la familia en el policlínico Lawton de forma comprensible es conveniente realizar una caracterización por años de acuerdo con los principales acontecimientos acaecidos en el tiempo.

Año 1983

En el año 1983, en el país, se realizó una evaluación integral de la situación de la Atención Primaria de Salud, surgió la preocupación por adecuar la atención de salud a la nueva realidad epidemiológica. El modelo del policlínico comunitario representó un avance en la salud pública, sin embargo se hicieron evidentes ciertas limitaciones que condujeron a la proposición de un nuevo modelo de atención.

En la clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el Teatro "Karl Marx", el 16 de abril de ese año el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz planteó:

"[...] Si ustedes deciden un día, o el país decide enviar un médico para cada cuadra, como los Comités de Defensa de la Revolución, ¿qué médico enviarían allí? De manera que este es el tipo de especialista, de amplio campo, que puede servir realmente para crear una red de salud completa, y cuyo número no tendría límites [...]" (26)

Se determinó entonces por la dirección política del país la puesta en práctica de esta idea y se acordó que diez (10) médicos recién graduados iniciaran esta propuesta.

El Ministro de Salud Pública, doctor Sergio del Valle Jiménez, planteó al director provincial, doctor Pedro Llerena Fernández, llevar a cabo esta iniciativa

en la Capital. Para darle cumplimiento a la tarea se designó un colectivo de compañeros de la dirección provincial, doctores Neftalí Taquechel Tusiente, Rafael Falcón Laria, Agustín Lage Salceiro, de la dirección de especialidades; Carlos Dotres Martínez, jefe del grupo de Pediatría; Armando Álvarez Nodarse, del departamento Materno Infantil; Moisés Baly Baly, perteneciente a policlínicos y María Noelia Sánchez, responsable de enfermería.

Se plantearon algunas condiciones para la selección del área de salud.

El lugar debía tener características que fuesen representativas del país.

Otra condición importante, que el secretario del Partido del municipio estuviese identificado, conociera y apoyara los problemas de salud, porque era una tarea de la dirección política del país. Se analizaron los municipios uno por uno valorando estos aspectos.

El municipio "10 de Octubre" cumplía el primer requisito y su primer secretario del partido, Orlando Jiménez, había sido trabajador sanitario, dedicado a su labor y con conocimientos de la misma. A su vez, el presidente del Poder Popular, Rolando de Armas, preocupado e interesado en los problemas de salud del territorio. Se seleccionó este municipio.

Posteriormente, se analizaron los policlínicos del municipio. El director del policlínico "Lawton", doctor José Rodríguez Abrines, había sido director de salud en dos provincias y también director de Medicuba. Por lo que se determinó que se iniciaría el plan en este policlínico.

Se valoró con el Partido; poder popular; el director municipal de salud, doctor Rogelio Rojas y el director del policlínico, esta decisión. El próximo paso consistió en buscar los locales donde trabajarían los médicos y las enfermeras.

No se tenía conocimiento de la medicina familiar.

El equipo provincial comenzó a buscar información al respecto en distintos países para ganar experiencia.

Se hizo un documento explicativo que planteaba la atención médica a alrededor de 120 familias. Teniendo en cuenta que la familia cubana tiene como promedio cuatro personas por núcleo, serían alrededor de 600 personas.

El Ministro estuvo de acuerdo. Más tarde, Julio Camacho Aguilera, primer secretario del Partido de la Ciudad de la Habana; doctor Oscar Fernández Mell, presidente del Poder Popular de la misma; Manuel Villamar Cusidó miembro del buró provincial del partido que atendía el sector de la salud; José Ramón Pérez Valdivia, miembro del comité ejecutivo del Poder Popular, doctor Mariano Chávez, por el partido de Salud Pública, lo ratificaron y posteriormente el Comandante en Jefe Fidel Castro lo aprobó.

En septiembre de 1983, un documento denominado "Consideraciones acerca de la vinculación del equipo de salud a la cuadra", establecía la necesidad de sectorizar a la población adecuándose a la división político-administrativa del país (27). Se decidió eliminar la sectorización por manzanas y pasar a la estructura en salud, por comités de defensa de la revolución (CDR). El área de atención del Policlínico, según la estructura del Poder Popular contaba con 8 circunscripciones y 156 CDR.

El trabajo se realizó en tres meses, en el transcurso del cual se realizó la adecuación de los diferentes sectores y el ordenamiento de las historias clínicas por cuadras. Se establecieron relaciones con dirigentes de las organizaciones de masa así como con delegados de las circunscripciones del poder popular, contándose con su colaboración.

Al quedar organizado el policlínico por circunscripciones, se hizo necesario adecuar la estructura del Plan FMC-MINSAP, llevando la jefa de brigada a bloque y la brigadista a delegación.

Dos fueron los objetivos centrales perseguidos: "Focalizar de manera más rápida y efectiva los problemas epidemiológicos y de higiene ambiental"; y "facilitar y promover la participación de las organizaciones de masas en las tareas de salud, dinamizar el papel de los órganos de gobierno locales y estrechar la vinculación del médico 'generalista' a los grupos de familia organizados en la comunidad" (28).

A finales de 1983 comienzan a llevarse a cabo serias transformaciones en el Policlínico Lawton.

Fue un factor decisivo el apoyo directo que el Gobierno y el Partido Municipal y Provincial, brindaron en todo momento.

Fue el primer policlínico del país en transformar su organización.

Esto facilitó la ubicación de los consultorios y la delimitación del territorio que cada médico tenía que atender para lo que se le asignó a cada uno de ellos la población residente en una o más cuadras con el criterio de que estas coincidiesen con las de los CDR y además que pertenecieran a la misma circunscripción.

Los médicos:

La UJC y la FEU apoyaron en la selección de los médicos, los cuales tenían sus dudas con respecto a la actividad que iban a emprender y temor de incorporarse, sin embargo se les dio la tarea y la emprendieron con entusiasmo.

Como grupo, tenían la característica de ser recién graduados, haber iniciado una residencia vía directa y estar ubicados en un policlínico realizando la rotación de medicina en la comunidad. Procedentes de las Facultades "Miguel Enríquez", "Enrique Cabrera" y "Diez de Octubre", algunos eran militantes de la Unión de Jóvenes Comunistas.

Estos pioneros de lo que hoy día constituye la célula básica del sistema nacional de salud fueron:

- 1.- Rosa M. Báez Dueñas
- 2.- Domingo Cabo Arocha
- 3.- Jorge L. Camacho Rodríguez
- 4.- Rosa M. Espinosa Pérez
- 5.- René Espinosa Álvarez
- 6.- Ana Masson López
- 7.- Estela Reyes González
- 8.- Mayda Rubio Jañez
- 9.- Rolando Sánchez Piñeiro
- 10.- Alicia Valdés Ramos

Son convocados a una reunión en el MINSAP el 25 de noviembre de 1983, con el objetivo de darles a conocer la importancia de la actividad que iban a realizar.

El 28 de noviembre son recibidos en el municipio del Partido "10 de Octubre" por el secretario del partido, el director municipal de salud y el director del policlínico.

Las enfermeras:

Todas las enfermeras laboraban en el Policlínico. Previamente se había realizado una caracterización del personal y la labor de captación se realizó entre las que tenían mejores resultados en su trabajo, disciplina laboral, conducta social y moral, que además estuviesen de acuerdo con el proyecto.

Fueron seleccionadas:

- 1.- Ana Olivella González
- 2.- Adela Delange Quintana
- 3.- Deborah Montes Rodríguez
- 4.- Gladys Martín Landa
- 5.- Mirta Pérez Vázquez
- 6.- Migdalia Salgado Rodríguez
- 7.-Teresa Pinatel Mora
- 8.- Blanca Toledo Machín
- 9.- Mercedes García Rodríguez
- 10.- Yamila Mauri Báez, sustituida un mes después por Milagros León

Villafuerte.

Fue preciso realizar actividades con los médicos y prepararlos en la actividad que iban a cumplir, que conocieran las características del policlínico y la población, los objetivos del nuevo modelo de atención, cuadro epidemiológico del área, adiestramiento en los programas básicos existentes. Era un curso de preparación para la labor que iban a desarrollar, con contenidos docente, asistencial y político. Se le dio el nombre de **Curso Introductorio**. Fue apoyado por personal del policlínico, las doctoras María C. Reyes Fernández, Violeta Herrera Alcázar, Manuel Álvarez Álvarez, se responsabilizaron en

impartirlo, para ello se apoyaron en orientaciones de la Dirección Nacional de Atención Ambulatoria.

Las enfermeras, también recibieron un adiestramiento, preparándose en procedimientos que se realizaban en el policlínico y a partir de ese momento se trasladaban a los consultorios, como pruebas citológicas, vacunación, entre otros. Entre sus funciones se encontraba brindar asistencia individual y familiar, orientar a los dirigentes de la comunidad en lo que se refiere a promoción de salud, detección de casos, prevención de enfermedades, educación sanitaria, determinación de problemas sanitarios, ser capaces de asumir cierto número de funciones directivas en el equipo de salud, y compartir responsabilidades con el médico.

En noviembre de 1983 los doctores José Rodríguez Abrines, (director del policlínico), Rogelio Rojas Requena, (director municipal de salud) y Pedro Llerena Fernández, (director provincial de salud) confeccionaron un documento sobre el médico de las 120 familias, en el cual se plasmaron algunas consideraciones generales de cómo debía ser este médico, su contenido de trabajo, actividades docentes, guardias médicas, vinculación con las organizaciones de masas y otras cuestiones de interés.

Los locales:

El trabajo de terreno, que se realizó con el apoyo de las organizaciones políticas y de masas, permitió detectar locales vacíos existentes, los cuales fueron utilizados posteriormente como consultorios. La población ayudó en el acondicionamiento de los locales. A partir de este momento se vinculó más estrechamente al sector salud.

Equipo de dirección al inicio del plan:

Director: Doctor José Rodríguez Abrines

Jefa de enfermeras: Alba R. González Quevedo

Administración: Raquel Carmenate Valdés

Secretaria del núcleo del Partido: Doctora María C. Reyes Fernández

Secretaria de la UJC: Doctora Rosa M. Báez Dueñas

Sindicato: Doctor Juan Molina Vázquez

Mobiliario de los consultorios:

Inicialmente el mobiliario que se utilizó en los consultorios fue el existente en el policlínico. En algunos casos la población aportó algún objeto que pudiese ser útil para el trabajo de consulta y posteriormente fue asignado un modulo por el MINSAP que incluyó instrumental y equipos. Las pesas fueron confeccionadas por la Fábrica de Pesas y Balanzas que radicaba en el municipio.

La ubicación de médicos y enfermeras fue la siguiente:

Médicos	Enfermeras	Local
Rosa María Báez Dueñas	Ana Olivella González	San Francisco e/ 11 y 12 (garaje)
Domingo Cabo González	Adela Delange Quintana	Porvenir y Tejar (local del Ministerio de Cultura)
Jorge Luis Camacho Rodríguez	Yamila Mauri Baez, posteriormente Milagros León Villafuerte	23 y Playitas (local del PCC, MICONS)
Rosa Ma. Espinosa Pérez	Deborah Montes Rodríguez	Concepción e/ San Anastasio y Lawton (almacén del MINED)
René Espinosa Alvarez	Gladys Martín Landa	Ayala e/ 21 y 22 (garaje)

Ana Masson López	Mirta Pérez Vázquez	Camilo Cienfuegos e/ 8va y 9na (casa desocupada)
Estela Reyes González	Migdalia Salgado Rodríguez	Santa Catalina e/ Lawton y Armas (casa desocupada)
Mayda Rubio Jañez	Teresa Pinatel Mora	Pocito esquina a 12 (local de los CDR)
Rolando Sanchez Piñeiro	Blanca Toledo Machín	8va y Pocito (local de secta religiosa)
Alicia Valdes Ramos	Mercedes García Rodríguez	Rodríguez Fuentes y 14 (cuarto de una vivienda)

Familias:

En la selección de los grupos de familias se tomaron en consideración principios de importancia en una mejor vinculación a los organismos de masas y Poder Popular:

- 1.-Las familias pertenecientes a un comité de defensa de la revolución, debían ser atendidas por un solo médico.
- 2.-Los comités de defensa de la revolución atendidos por un médico, debían pertenecer a la misma circunscripción.
- 3.-Los comités de defensa de la revolución atendidos por un médico debían tener continuidad geográfica.

A cada uno de los médicos se responsabilizó con la atención integral a una población de aproximadamente 120 familias, para un total de 1 112 familias y 5 000 habitantes, lo que representaba el 22% de la población total del área (29). Posteriormente se llegó a la conclusión de que eran alrededor de 600 a 700 individuos.

El día 20 de diciembre, el Jefe de Estado y de Gobierno cubano se reunió con ellos con el fin de intercambiar criterios y precisar detalles acerca de la labor que iban a desarrollar.

Año 1984

El 3 de enero de 1984, en la noche, fueron presentados los médicos y enfermeras ante la población que atenderían y al siguiente día, se abrieron las puertas de los consultorios.

A partir de ese momento se modificaron las actividades de la institución de salud para una adecuación a las nuevas tareas que incorpora el modelo de atención, al convertirse en el máximo responsable de la salud de los individuos, las familias y la comunidad.

El médico y la enfermera se proyectaron hacia la atención a la población, manteniéndose el policlínico como el centro rector de las actividades. Este equipo de trabajo atendió a la población en horas de la mañana y en la tarde realizaba visitas a los hogares. No solo se trató de la atención a los enfermos sino se preocupaban también por los individuos aparentemente sanos y ponían especial énfasis en los aspectos relacionados con la educación, promoción de salud, prevención de enfermedades y capacidad para enfrentar los problemas de salud de las familias y las comunidades actuando con un enfoque integral.

Es de señalar que mientras se realizaban estas actividades de implantación del modelo, el resto de la estructura del policlínico se mantuvo con la organización establecida por las instancias de salud.

Se plantearon los siguientes principios en la atención médica:

- integral: que atendiese adultos, niños, embarazadas

- familia como una unidad de atención médica
- carácter preventivo curativo
- continuidad en la atención médica
- dispensarización
- vinculación con las masas
- trabajo en equipo
- sectorización: cambios de la sectorización: CDR en lugar de manzanas
- proyección del médico a la comunidad, en lugar de consultorios en el policlínico, *-consultorios en la comunidad-*
- cambios en el diagnóstico de salud
- capacitación continua (cursos y conferencias)
- la interconsulta sustituye la remisión
- los responsables del paciente son el médico y la enfermera, apoyados por otros especialistas (internista, pediatra, ginecobstetra, psicólogo).

El 28 de enero de 1984, los médicos de familia fueron presentados al personal del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre".

Familiarización:

Durante el año 1984 los médicos se dedicaron a la interrelación con la comunidad para el adecuado conocimiento de su estado de salud, confeccionar y actualizar las historias clínicas individuales, se capacitaron en aspectos relacionados con las enfermedades de mayor incidencia en la población mediante charlas, cursos, conferencias, con la participación de profesores de reconocido prestigio. Las actividades estaban dirigidas a la promoción de salud,

cambio de estilos de vida, combatir prácticas dañinas a la salud como el hábito de fumar y el sedentarismo.

Algunos cursos impartidos:

-Factores de riesgo: obesidad, hábito de fumar y sedentarismo. Impartido por los doctores Ignacio Macías Castro y Raúl Mazorra Zamora (11 de febrero),

-Acupuntura, impartido por los doctores Francisco Pérez Carballás y Orlando Rigol Ricardo,

-Osteoartritis, por los profesores de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" con una duración de un mes (27 de febrero - 24 de marzo),

-Angiología por el profesor Jorge B. Mc Cook Martínez, director del Instituto de Angiología. (2 de abril 1984)

Profesores:

Basado en la experiencia del policlínico comunitario se decidió ubicar un pediatra, un clínico y un obstetra.

El primer grupo de profesores estuvo integrado por la doctora Violeta Herrera Alcázar, especialista en Ginecología, que ya trabajaba en el centro; licenciada María de los Ángeles González Díaz, Psicóloga; doctora Teresa Rodríguez Cedrón, especialista en Pediatría y doctor Ernesto Vicente Peña, profesor de Medicina Interna procedente del Hospital Universitario "General Calixto García", seleccionado para incorporarse al equipo por espacio de un año y posteriormente regresar a su hospital.

El 2 de mayo los médicos se reunieron nuevamente con el Comandante en Jefe con el objetivo de darle a conocer cómo iba desarrollándose el trabajo y el

14 de Mayo se realizó un encuentro con los trabajadores del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" donde dieron a conocer sus experiencias.

En el mes de junio se creó la Comisión Provincial del Médico de la Familia.

Organización del trabajo:

◆ Horario:

- Consultas: se planteó que el horario sería de 8 a.m. a 12 m.
- Terreno: Se programó el horario de las tardes, para la realización de visitas a hogares, hospitales y otras dependencias que se requiriesen para la atención a los pacientes.

Se insistió siempre en la flexibilidad del horario, en dependencia de las necesidades de la población, en el momento que esta lo demandase.

◆ Documentos de trabajo (Registros):

La historia clínica individual, la historia de salud familiar y la hoja de cargo (registro diario de pacientes atendidos), constituyeron los principales documentos de trabajo del médico de la familia.

-Historia clínica individual: Las historias existentes en el policlínico fueron trasladadas a los consultorios. En aquellos casos que se detectó que nunca habían asistido a consulta se les confeccionó una por el médico del consultorio. Fueron archivadas por familias, de acuerdo con el CDR al que pertenecía la misma.

-Hoja de cargo: El modelo, en sus inicios, era el mismo que se utilizaba en el policlínico, los médicos reflejaban el motivo de la consulta y las enfermedades crónicas que presentaba cada persona. Posteriormente se diseñó un modelo que recogía las acciones de prevención y promoción, como examen de mamas, pruebas citológicas, indicación de medicina

natural entre otras, más coherente con las actividades realizadas por el médico.

-Ficha familiar: Se diseñó específicamente para el plan, su objetivo era registrar la información relacionada con las características biológicas, socioeconómicas e higiénicas de la familia. Más tarde se le denominó historia de salud familiar.

◆ Dispensarización:

En el modelo del médico y enfermera de la familia la dispensarización se realiza a todos los individuos, sean sanos o enfermos de forma individual y familiar. Esta actividad se realiza con el objetivo del registro y control periódico de afecciones y riesgos individuales y colectivos. Fue necesario clasificar la población por su estado de salud lo que permitió organizar la atención de acuerdo con sus características. Fueron clasificados en los siguientes grupos:

Grupo I – supuestamente sano

Grupo II – con riesgo

Grupo III – enfermo

Grupo IV – con secuela

La dispensarización fue concebida originalmente en la antigua Unión Soviética como "un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población".

Ha tenido características de acuerdo con el modelo de atención. En su concepción original la dispensarización no estaba dirigida a toda la población, sino a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables o de riesgo.

La ubicación de un sujeto en un grupo dispensarial, podía variar ante la modificación de las condiciones que determinaron su ubicación en una categoría específica (25).

Al término del 1er. semestre del año 1984, ya se había realizado el registro de toda la población, se tuvo conocimiento de los enfermos y las enfermedades presentes en cada individuo. Para obtener estos logros fue preciso un trabajo intenso, constante y sin límites de horario. Fue necesario relacionarse con los integrantes de las familias y miembros de organizaciones de masa y políticas de la comunidad, para poder identificar los problemas existentes.

♦ Controles:

Inicialmente se realizaron controles individuales según estaban establecidos en los Programas Básicos del Área de Salud y su evaluación (30). Este documento regía todas las acciones propias de los programas en ejecución, en forma de meta, resultado y cumplimiento (%), o sea un control cuantitativo de los programas muy detallado (20).

Más tarde los controles se establecen de acuerdo con la edad, factores de riesgo y enfermedad crónica presentada. Se incorpora la atención al individuo supuestamente sano.

♦ Diagnóstico de la situación de salud:

Al crearse en 1984 el nuevo modelo de atención del médico y enfermera de la familia, el diagnóstico de la situación de salud confeccionado se analizó con la comunidad mediante un debate con sus líderes formales e informales. Resulta

valiosa la participación y el compromiso comunitario en la identificación y solución de problemas y el plan de acción para su posible solución.

En el mes agosto del año 1984, se celebró la primera reunión en el consultorio para discutir con la población el diagnóstico de la situación de salud. En ella se puso de manifiesto el grado de satisfacción de la población con el trabajo realizado por el médico y la enfermera acordándose sistematizar este intercambio, realizándose inicialmente cada tres meses y más tarde se orientó para cada seis meses.

El objetivo fundamental de su desempeño era "mejorar el nivel de salud de la comunidad", y para ello el análisis de situación de salud representaba su instrumento más idóneo (31) (32).

El Diagnóstico de Salud o Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS), es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS, que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, prospectivamente con medidas específicas y a plazos determinados, permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta (33).

El análisis de la situación de salud constituye el instrumento básico en el desarrollo de la nueva estrategia sanitaria en Cuba (34).

La experiencia docente-metodológica cubana para confeccionar el análisis se inició, normó y desarrolló en 1974 al surgir el modelo de Medicina en la Comunidad. En este documento se incluyó como habilidad básica para el

residente de las especialidades -Pediatría, Medicina Interna y Gineco-obstetricia- la confección periódica del diagnóstico de salud.

Para el profesor Benito Narey Ramos Domínguez este procedimiento implica tres etapas fundamentales:

- La identificación y priorización de problemas y necesidades de salud.
- El análisis para la determinación de sus factores causales y de riesgo.
- La planificación de las acciones para eliminar o controlar esos factores y dar solución a los problemas (35).

Después de seis meses de trabajo, el médico de familia

- comprendió la importancia de la continuidad en la atención a sus pacientes es decir, que no perdió el contacto con los mismos en ningún sitio, ni siquiera en una unidad altamente especializada o cuando estuviesen hospitalizados

- logró la dispensarización de la población

- elevó el nivel de inmunización en todos los grupos de edades

- aumentó el grado de satisfacción de la población atendida.

◆ Documentos normativos:

Código de honor: Se creó en el año 1984, por iniciativa del doctor Ernesto de la Torre Montejo. Con este documento se normaron las relaciones médico-pacientes, poniendo especial atención al estricto cumplimiento de los principios de la ética médica.

En el mes de junio fue creada la Comisión Provincial del Médico de la Familia, la cual después de recoger las experiencias del trabajo realizado hizo aportes y propuso medidas para continuar el desarrollo del modelo.

Los primeros lineamientos de trabajo del médico y la enfermera de la familia se propusieron en agosto de 1984.

◆ Evaluación:

Se planteó que la evaluación de este médico no se realizaría por indicadores cuantitativos, número de consultas o número de visitas, como era habitual, sino por el grado de satisfacción de la población y cambios en el nivel de salud de la misma.

◆ Información estadística:

En el policlínico se comenzó a recoger los datos del trabajo realizado por los consultorios y posteriormente se implantó un sistema de información automatizado. Se entregaba información mensual a los médicos de aspectos relacionados con sus pacientes, que le eran útiles para la programación de los seguimientos, como tipo de enfermedad que presentaba, fecha del último control realizado, cifras de tensión arterial en el caso de los hipertensos, glicemia en los diabéticos, entre otros, de modo que el médico pudiese programar la próxima consulta teniendo en cuenta los mismos.

Una de las primeras aplicaciones informáticas en la APS, fue la automatización de los sistemas de dispensarización y estadísticas, desde mediados de la década de 1980 cuando llegaron las primeras computadoras japonesas a algunos policlínicos comunitarios docentes (36).

◆ Ingresos:

- En el hogar: La experiencia del ingreso en el hogar, se describió como la atención médica en el domicilio a pacientes que necesitaban un seguimiento diario, la familia participaba activamente en este proceso que proporcionó mayores beneficios y mejor equilibrio emocional al estar el

paciente en su propio medio.

Se conoce que no constituye una modalidad nueva en el quehacer médico, ya que desde tiempos inmemoriales se utilizó esta forma de atención; la misma estaba limitada a las personas que contaban con los recursos económicos suficientes para sufragar los gastos que este tipo de atención ocasionaba, sin embargo, no se llevaba a la práctica.

Se destacó en esta actividad la Dra. Mayda Rubio Jañez por sus iniciativas. El médico tuvo la posibilidad de llevar a un especialista a una interconsulta en el hogar y que algunas investigaciones de laboratorio se realizaran allí mismo. Posteriormente esto se fue perfeccionando y se establecieron normativas al tener en cuenta condiciones relacionadas con la enfermedad, el paciente, su familia y las condiciones del hogar.

Los resultados obtenidos fueron favorables y se lograron las ventajas siguientes:

- Elevación del grado de satisfacción del paciente y de su familia al permanecer el enfermo en el hogar.
- Disminución de los riesgos que conlleva la estadía hospitalaria, tales como: las infecciones cruzadas y otras.
- Participación de la familia en el proceso de atención y/o recuperación del enfermo.
- Disminución del stress producido por la permanencia del paciente en el hospital.
- Utilización más adecuada de las camas hospitalarias en pacientes con afecciones que así lo requerían.

- Mejor atención de pacientes con afecciones en estado terminal, que tradicionalmente eran dados de alta de los hospitales (ejemplo: neoplasias) (37).
- Hospitalarios: El médico debía acompañar al paciente y visitarlo periódicamente, intercambiar con el médico del hospital, estar informado del diagnóstico, tratamiento, evolución y cuando se decidiese el alta, realizar seguimiento en el hogar.

◆ Extensión:

Después de analizados los resultados alcanzados se decidió extender la cobertura con este modelo de atención a toda la población del área.

Se plantearon tres variantes para la selección de los nuevos consultorios:

Variante 1.- Cada médico tendría como base operativa una consulta médica (consultorio), ubicado en uno de los CDR por él atendido.

Variante 2.- En cada consultorio trabajarían dos médicos que alternarían su horario de trabajo (consulta-terreno). Esta variante se consideró mejor ya que tendría las siguientes ventajas:

-Se reducía el número de locales

-Siempre habría un médico en el consultorio que podía atender a un caso urgente del otro médico que se encontraba en el terreno

-En caso de vacaciones o enfermedad de uno de los médicos, el otro se hacía cargo de la atención de sus pacientes

-Se lograría una mejor utilización de los recursos materiales (consultorio, equipos e instrumental médico, etcétera)

Variante 3.- Los grupos de 120 familias cercanos al policlínico podían ser atendidos en locales de consulta del propio policlínico.

De acuerdo con el estudio realizado para la ubicación de especialistas en el policlínico, se podía disponer de tres (3) locales de consulta para las 120 familias, que de acuerdo con la variante 1 servirían para tres médicos y en la variante 2, para seis médicos. Esta variante podía utilizarse con carácter provisional hasta que apareciesen nuevos locales o en forma definitiva de acuerdo con los resultados obtenidos.

Se decidió llevar a cabo la variante 1.

Posteriormente para la construcción de los consultorios nuevos se realizó una convocatoria, se hicieron tres proyectos, uno del consultorio, otro con la casa del médico y el consultorio y el tercero que incluía la vivienda de la enfermera, fueron construidos por el movimiento de microbrigadas. El personal del centro apoyó con horas de trabajo voluntario. El paisaje de algunos lugares de Lawton se modificó con la construcción o adaptación de 36 consultorios médicos.

A finales de noviembre de 1984, toda la población del área de salud de Lawton se benefició con este modelo de atención.

Fueron entonces 41 médicos y 41 enfermeras, un médico en una escuela (Secundaria Básica José Martí) y otro médico en una fábrica (Planta Mecánica Nguyen Van Troi) los que participaron directamente en el plan.

Se estableció el horario nocturno una vez a la semana, se realizaban las consultas de 8 a. m. a 12 m y después de 5 p.m. a 9 p.m. para dar facilidad de atención a la población trabajadora.

El horario de atención en el policlínico se extendió hasta las 11 de la noche y se mantuvo la guardia que realizaban los médicos en los hospitales vinculados al área, de 6 a 12 de la noche.

♦ Grupo básico de trabajo:

Fue concebido a finales del año 1984, estaba integrado por médicos y enfermeras de aproximadamente 10 consultorios, profesores de pediatría, medicina interna, ginecobstetricia y psicología, supervisora de enfermería, técnica de estadística y trabajadora social.

♦ Interrelación consultorio-policlínico-hospital:

- Consultorio-policlínico: El policlínico como centro de apoyo y control del médico y enfermera de familia, planificaba, organizaba, dirigía y controlaba la actividad que se realizaba en los consultorios. Aseguraba los recursos para el funcionamiento adecuado. Se efectuaban visitas del personal del consejo de dirección, profesores de las especialidades llamadas básicas (pediatras, clínicos, obstetras y psicólogos) los cuales brindaban asesoría docente, acompañaban en visitas a pacientes ingresados en el hogar y discutían y valoraban los casos. Se utilizaban los medios auxiliares diagnósticos ubicados en el centro. Un mensajero era el encargado de trasladar toda la documentación necesaria para el trabajo: hojas de cargo, certificados médicos, dietas, láminas de citología, resultados de investigaciones realizadas por los pacientes y también el material requerido para el trabajo diario en el consultorio.
- Policlínico-hospital: Fue la vinculación con el nivel secundario, representado por los hospitales Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" y Materno Infantil "10 de Octubre", se realizó previamente una reunión con la participación de los médicos de familia y los jefes de servicios de los hospitales, estableciéndose las condiciones necesarias para la interrelación.

Así quedó garantizada la continuidad de la atención al paciente. El médico era informado previamente del egreso y se valoraba el tratamiento que debía seguir. El hospital apoyó también con las urgencias quirúrgicas y medios auxiliares de diagnóstico que no se realizaban en el policlínico. Ofreció interconsultas con especialistas con categoría docente y se logró la estabilidad en el personal que la realizaba, los cuales participaban en actividades docentes. Se brindaban interconsultas de:

Psiquiatría

Dermatología

Ortopedia

Angiología

Cirugía menor

Alergia

Urología

Oftalmología

Otorrinolaringología

Coloproctología

Las interconsultas se podían realizar en el policlínico, el hospital, o en el hogar.

Su objetivo, aumentar el nivel de competencia del médico de la familia en la solución de problemas de salud.

Constituyó la interacción docente-asistencial entre el médico de la familia que requiere asesoría y el especialista que la aporta (38).

Se estableció un vínculo docente, asistencial e investigativo entre las instituciones de los diferentes niveles de atención.

El consultorio del médico de la familia fue el inicio de una continuidad donde se buscó articular las capacidades de los niveles secundario y terciario de atención.

Así el médico de la familia, mediante la referencia y la contrarreferencia se apoyaba en los otros niveles de complejidad para elevar su capacidad resolutive y referir aquellos casos que requerían acciones de atención médica integral correspondientes a tales niveles (6).

Con la implantación de este modelo de atención se logró la verdadera continuidad en la atención al paciente, esto constituyó un éxito en la relación médico-paciente.

Investigaciones:

Desde la implantación del modelo se planteó la posibilidad de desarrollar investigaciones que respondieran a las necesidades de la población, todo el personal de salud tenía la oportunidad de investigar cuestiones orientadas a la posible solución y manejo de problemas de salud.

Los temas de investigación en la atención primaria fueron muy amplios, diversos y prácticamente inagotables y estaban vinculados fundamentalmente con los factores determinantes en el estado de salud de la población (39)

.

Especialidad de Medicina General Integral:

A finales del año 1984, al tener en cuenta la evolución favorable del plan se propuso la especialidad de Medicina General Integral, especialidad médica de la Atención Primaria de Salud, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo y que tiene

como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

Esta especialidad exhibe obligaciones y funciones que cumplir, entre ellas la atención médica, la de administración, la investigativa y la docente-educativa.

Un hecho a destacar en esta etapa fue la visita del doctor Halfman Mahler, entonces director de la Organización Mundial de la Salud, quien luego de entrar en contacto con el modelo cubano, expresó: " [...] *Esto no es un modelo de atención primaria, ustedes han perfeccionado la atención primaria* [...]"

Año 1985

Residencia de Medicina General Integral:

En enero de 1985 iniciaron la residencia los doctores Rosa M. Báez Dueñas, René Espinosa Álvarez, Mayda Rubio Jañez, Estela Reyes González, Ana Masson López, y fue incorporado procedente de los Servicios Médicos de las FAR, Gustavo González Valladares.

Los especialistas de Pediatría, Medicina Interna, Ginecobstetricia y Psicología, asumieron la responsabilidad de formar un nuevo especialista. En ese momento no existían programas de estudio.

La primera versión del Programa de Especialización en Medicina General Integral, se publicó en 1985 por la Editorial Ciencias Médicas.

Documento de trabajo que tuvo como propósito fundamental ofrecer una orientación sobre la organización general de la formación del especialista de primer grado en Medicina General Integral, sobre el contenido de la enseñanza y la estrategia docente de esta residencia (40).

El programa académico se desarrollaba durante tres años para adquirir los conocimientos necesarios en la atención a la mujer, al niño y al adulto, vinculados a la familia en todas las etapas de su ciclo vital. Fue un plan de estudios con un nuevo enfoque.

Estos conocimientos se adquirirían por medio de:

- un encuentro semanal de cuatro (4) horas con los profesores
- educación en el trabajo por las interconsultas realizadas en los consultorios, hogar, policlínico, hospital
- rotaciones en los hospitales bases, esto incluía pases de visita, discusiones de casos y guardia médica.

Al finalizar esta etapa los médicos debían presentar y discutir una investigación (trabajo de terminación de la Especialidad) para optar por el título de Especialista en Medicina General Integral.

Se formarían en la especialidad desde la propia comunidad, en un régimen de educación de postgrado desde el propio puesto de trabajo.

Se reestructuró el ambiente académico, la enseñanza médica respondió a la comunidad.

El programa estaba diseñado de manera que en la propia medida en que se cumple y posibilita la formación de especialistas de alto nivel, se garantiza el cumplimiento del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital (41).

Reuniones de grupo:

Se iniciaron a partir del año 1985. Actividad en la que participaban los médicos y enfermeras de los consultorios, profesores, supervisora de enfermería y

técnico de estadística. Presidida por el responsable del grupo básico de trabajo, con el objetivo de analizar y discutir el cumplimiento de los programas básicos, discusión de problemas higiénico sanitarios del área, interrelación con el policlínico y hospitales. Esta actividad cumplía función administrativa y docente, ya que se realizaban los análisis con un enfoque que permitían el aprendizaje y aplicación de experiencias.

Publicaciones:

Desde 1985 se edita la Revista Cubana de Medicina General Integral, destinada a satisfacer la información profesional del personal de salud, en cuyas páginas se divulgaron artículos basados en la experiencia de los médicos de la familia y asuntos de interés y utilidad para el mejor desempeño en sus comunidades. En su editorial se planteó:

“Su nombre será *Medicina General Integral*, porque nuestra conceptualización del trabajo del Médico de las Familias, se fundamenta en la Medicina General Integral para solución de los problemas de salud del individuo, las familias y la comunidad en el contexto integral de nuestra sociedad, la Sociedad Socialista”.

Y referente a su propósito se señala: “El propósito es que la misma sirva de instrumento informativo que contribuya al razonamiento y la actuación con un enfoque integral, tanto individual como colectivo, tanto clínico como epidemiológico y social.

Se realizaron publicaciones relacionadas con el nuevo modelo de atención en las revistas “16 de abril” y “El militante comunista”.

Actividades científicas:

Después de un año de trabajo se celebró la primera Jornada Científica, en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" el 22 de Junio de 1985. En ella se presentaron 12 trabajos, 6 de médicos de familia, 3 de enfermeras y 3 de profesores.

Año 1986

En enero de 1986 se incorporaron a la residencia los doctores Rolando Sánchez, Jorge L. Camacho, Alicia Valdés y Rosa M. Espinosa, solo uno de los diez fundadores, Domingo Cabo no se incorporó, porque estaba interesado en especializarse en Medicina Deportiva.

El centro y los profesores fueron categorizados en el año 1986 y se creó ese año el primer Departamento de Medicina General Integral, vinculado a la Facultad de Medicina "10 de Octubre".

El primer Seminario Internacional se desarrolló en el año 1986 en el Palacio de Convenciones, ya existían 600 Médicos de Familia en el país.

En noviembre de ese año, una de las enfermeras fundadoras, Migdalia Salgado presentó en el Primer Congreso de Enfermería Pediátrica de la Sociedad Cubana de Enfermería, algunos resultados de su experiencia con la ponencia La atención al niño en el sistema del médico de la familia.

El Primer Encuentro de Medicina Social del Médico de la Familia, auspiciado por la UJC se celebró ese mes, médicos de familia presentaron una mesa redonda sobre el trabajo realizado con los jóvenes desvinculados al estudio y el trabajo.

Año 1987

Dado los cambios en la organización de los servicios surgió el Programa de Atención Integral a la Familia en el año 1987. Su principal objetivo fue mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, por medio de una íntima vinculación con las mismas y con el concurso de las organizaciones de masas.

El primer especialista en Medicina General Integral se graduó en diciembre de 1987.

Participación de la comunidad:

En todo momento hubo una activa participación de la comunidad en la identificación y solución de problemas de salud, modificación de conductas sociales inadecuadas detectadas, como fueron la deserción escolar, no integración al estudio o trabajo, conductas delictivas. Las organizaciones de masas contribuyeron además en las campañas de vacunación.

Se capacitaron las brigadistas sanitarias y responsables de salud de los CDR. Los delegados de circunscripción y dirigentes de organizaciones de masa estaban informados sobre los problemas de salud del territorio.

El cambio fundamental en este modelo consistió en que los individuos y la comunidad dejaron de ser objeto de atención del personal de salud para convertirse en actores que conocían, participaban y tomaban decisiones sobre la salud individual y colectiva y asumían responsabilidades inherentes a la misma.

Otras actividades:

Hubo muchas iniciativas, entre ellas la atención especial dada a las personas de la tercera edad. Se trabajó junto a la enfermera con los ancianos incorporándolos a ejercicios físicos creándose así los primeros Círculos de abuelos del país asesorados por el Dr. Raúl Mazorra Zamora. Al principio el equipo (médico y enfermera de la familia) se desarrollaron como monitores en esta actividad, después se captó un monitor del mismo grupo de abuelos que se destacaba por su preparación física y conocedor de esta actividad, hasta que más tarde estuvo al frente del grupo un profesor de cultura física.

Se logró extender esta actividad a diferentes grupos de edades y el escenario fundamental fueron las propias calles y parques.

El equipo de trabajo integrado en la vida de la comunidad local organizó y coordinó actividades de enorme importancia para la salud de diversos grupos que enfrentaban riesgos específicos. Se trabajó con los adolescentes, en especial los que presentaban problemas sociales, como estar desvinculados al estudio o al trabajo, además de orientarlos sobre sexualidad y salud reproductiva.

Se creó el gimnasio fisioterapéutico, idea planteada por los compañeros Jorge Valdés, segundo secretario provincial del Partido, Orlando Jiménez, secretario municipal, José Rodríguez Abrines y Cristina Reyes con el objetivo de brindar atención a:

-personas discapacitadas, con el fin de rehabilitarlas

-sanas, para cambiar hábitos nocivos a la salud y evitar factores de riesgo.

Se recibió apoyo del Departamento de Medicina Deportiva, se incorporaron un fisiatra, un técnico de fisioterapia y un licenciado en cultura física.

Otras iniciativas fueron la creación de la Casa del abuelo y el Círculo de adolescentes.

Con los laboratorios técnicos de la Industria Farmacéutica se desarrollaron ensayos de medicamentos como propóleos y paracetamol, entre otros.

Por los resultados obtenidos en la experiencia desarrollada en el Policlínico Lawton, el modelo se extendió rápidamente a todo el país, el equipo de salud de la APS pasó a formar parte de la comunidad donde laboraba. Esta tendencia modificó la calidad y la cantidad de las prestaciones médicas a partir de un fortalecimiento de las de carácter ambulatorio.

Los iniciadores de este hermoso proyecto, han asumido funciones cada vez más ambiciosas, se han destacado en tareas vinculadas con la organización de los servicios asistenciales, así como con la docencia y la investigación.

CONSIDERACIONES FINALES

La organización de los servicios de salud en el nivel primario de atención, pilar fundamental para el desarrollo de las actividades de promoción de salud y la prevención de enfermedades, ha seguido una trayectoria hacia la búsqueda permanente de mayores niveles de salud.

Ha transitado por varias etapas desde el surgimiento del policlínico integral en 1964 en que se introdujeron los conceptos relativos al carácter preventivo-curativo en el sistema de salud, seguido de la división poblacional en áreas de salud para desarrollar los programas básicos de atención, el modelo de la medicina en la comunidad, hasta llegar al modelo actual del médico y enfermera de la familia con una concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzado que el anterior.

Se ha mantenido, por tanto, una trayectoria ascendente, donde la respuesta del sector salud es satisfacer las necesidades de salud de la población con mayor calidad.

Estos factores condicionaron la implantación del modelo en el Policlínico Lawton en el año 1984, apoyados por una voluntad política, dirigida a priorizar la satisfacción de las necesidades fundamentales de la población cubana, sin la cual no se hubiesen podido alcanzar los propósitos y objetivos propuestos. Las características de dirigentes del partido y del poder popular, así como la experiencia del director del policlínico fueron decisivas en la selección del área. En el año 1983 se crearon las bases para la implantación del modelo en el Policlínico Lawton.

El siguiente año, 1984, fue de puesta en marcha del modelo, lo que conllevó una ardua labor del personal desde el punto de vista administrativo y

asistencial, creándose las condiciones para una buena comunicación con la población.

En el año 1985, con el inicio de la residencia, se dieron los primeros pasos hacia la formación del especialista en Medicina General Integral.

En 1986 se hace notoria la participación en actividades científicas. Los galenos que iniciaron la residencia obtienen la categoría de especialistas de primer grado en MGI en 1987.

El médico y la enfermera de la familia han contribuido a solucionar en forma ambulatoria y eficiente un porcentaje elevado de los problemas de la población que atiende.

Lo novedoso de este modelo de atención ha sido:

- 1.- Cambio en la sectorización: CDR en lugar de manzanas
- 2.- Considerar la familia como una unidad de atención médica
- 3.- Ubicación de consultorios médicos en la comunidad (cuadras)
- 4.- Dispensarización de todos los individuos (sanos y enfermos)
- 5.- Atención integral a un grupo reducido de personas (alrededor de 600-700 personas).
- 6.- La atención al individuo acontece en el propio entorno del sujeto, donde se preservan las costumbres de cada persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Dotres Martínez C. Salud y municipios: desafíos y contribuciones en los albores del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública, La Habana. 1999; 25 (2): 105-111.
- 2.-Sansó Soberats FJ. Momentos de la Medicina Familiar cubana a 20 años de la creación del modelo. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 2004; 20(5-6). *Disponible en:*
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi135_604.htm#cargo
- 3.-MINSAP. Pensamiento del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz como Doctrina de la Salud Pública Cubana. Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud 1995-2000. Sin pie de imprenta. Ciudad de La Habana. 1995
- 4.-Sansó Soberats FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Ponencia presentada en el Simposio "Mario Escalona In Memoriam", celebrado en la Escuela Nacional de Salud Pública, el 11 de junio de 2004. *Disponible en:*
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spsu205.htm
- 5.-MINSAP. Anuario estadístico 2006. Ed. Dirección Nacional de Estadística. La Habana. 2006
- 6.-MINSAP. El sistema nacional de salud de Cuba. En: El plan del médico de la familia en Cuba. Sin pie de imprenta. La Habana. 1991.
- 7.-Sitio web oficial de los joven club de computación y electrónica del municipio 10 de octubre *Disponible en:*
<http://www.ciudad.jovenclub.cu/municipios/10oct/10oct/news.php>
- 8.-OMS. Almá-Atá. Atención Primaria de la Salud. Serie Salud Para Todos #1. Ginebra. 1978: 2
- 9.-Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Médicos de Familia. En: Temas de Medicina General Integral.

(Vol 1). Editorial Ciencias Médicas. La Habana .2001: 7-22

10.-Rigol Ricardo O y cols. En: Temas de Medicina General Integral. Ed. Ciencias Sociales. La Habana. 1986: 2-10

11.-MINSAP. Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública de Cuba para la Atención Primaria de Salud. Sin pie de imprenta. La Habana.1996.

12.-Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 2003; 19(1): 56- 61

13.-Arias Castillo L. La Medicina Familiar y los retos del Siglo XXI. 2006. Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No2sup.1/htm>

14.-Taylor RB. Medicina de familia: aspectos actuales y perspectivas futuras En: Medicina de familia. Principios y práctica. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. 1999

15.-Mariscotti F. Política de Salud en Inglaterra. Un estudio sobre el National Health Service. Universidad Nacional de Río Cuarto. Argentina. 2001. Disponible en:

<http://users.ecs.soton.ac.uk/mv/fnm/publicaciones/NHS.pdf>

16.-O.P.S. La Salud en las Américas. Publicación Científica No. 587. Washington. 2002.

17.-Rubinstein A. Medicina Familiar. Bases Conceptuales y Situación en el Mundo. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. CAMS. México. 2005

18.-Háq C et al. Desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Bol Oficina Sanit. Panam. Washington.1996; 120 (1): 44- 58

19.-Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. La Habana. 2005; 31(2):127-31

20.-Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. La Habana. 2005; 31 (2):132-7

21.-Guevara de la Serna E. Discurso pronunciado en el acto de inauguración del curso de adoctrinamiento organizado por el Ministerio de Salud Pública el 20 de agosto de 1960. Disponible en:

<http://www.bnjm.cu/librinsula/2005/octubre/94/documentos/documento316.htm>

22.-Álvarez Sintés R; Díaz Alonso G. La medicina general integral en Cuba. En: Temas de Medicina General Integral, (Volumen 1). Editorial Ciencias Médicas; La Habana. 2001.

23.-Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la Medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2005

Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/apuntes_sobrelamedicina_encuba/pdf

24.-Rojas Ochoa F. El Policlínico. Serie de Informes Técnicos No. 3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana. 1972

25.-Batista Moliner R. y otros. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 2001; 17 (2):109-20

26.-Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el Teatro "Karl Marx", el 16 de abril de 1983.

Disponible en:

<http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>

27.-Rodríguez Abrines J, Rojas Requena R. Consideraciones acerca de la vinculación del equipo de salud a la cuadra. Folleto mecanografiado. Inédito. Archivo Policlínico Docente Lawton. La Habana. 1983

28.-Goldberg A. Innovaciones territoriales en el sistema de salud cubano: desde la revolución hasta mediados de la década de 1990. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales. Scripta Nova. Barcelona. 2000. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/nova.htm>

29.-Rodríguez Abrines J; Ascuy Henríquez P. El médico de la familia. Algunas consideraciones sobre la experiencia en el área de salud de Lawton. En: Ira Jornada Provincial del Médico de la Familia. Libro mimeografiado. La Habana 1985.

30.-MINSAP. Programas Básicos del Área de Salud y su evaluación. Ed C. Médicas. La Habana. 1985

31.-Ochoa Alonso A, Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E. El análisis de situación de salud: Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integ. La Habana. 1996; 12(4); 349-355

32.-Rodríguez F, Zayas M. Estudios para el perfeccionamiento del plan del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 1997; 13 (1): 12-18

33.-Resik Habib P. El Diagnóstico de la Situación de Salud. Consideraciones Teóricas y Operacionales. Ed. Facultad de Salud Pública. La Habana.1994. 3-4

34.-Martínez Calvo S. Análisis de Situación de Salud como instrumento en la política sanitaria cubana. Rev Cubana Salud Pública. La Habana. 1998; 23 (1): 19-22

35.-Ramos Domínguez B N. Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. La Habana. 2006; 32 (2). Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php>

36.-Stusser Beltranena RJ, Rodríguez Díaz A. La informatización de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 2006; 22(4).

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi12406

37.-Moya M, Garrido E, Rodríguez J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Actualidad en Atención Médica Ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 1988; 4(1): 72-77

38.-Fernández Sacasas J, Perea Corral J, Díaz Novás J. La consulta del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 1987; 3 (4): 43-50

39.-Díaz Novás J, Fernández Sacasas J. La investigación en la Atención Primaria. El qué y el cómo. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 1991; 7(2): 147-154

40.-MINSAP. Programa de especialización en Medicina General Integral. Sistema de enseñanza y aprendizaje para la formación de especialistas de primer grado. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 1985.

41.-Jardines Méndez J B y otros. La especialidad de medicina general integral. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. 1991; 7(2): 108-111

ANEXOS

**IDEAS DEL COMANDANTE EN JEFE FIDEL CASTRO RUZ
RELACIONADAS CON LA MEDICINA GENERAL**

12 DE MARZO DE 1982

**ACTO DE CONSTITUCION DEL DESTACAMENTO DE CIENCIAS
MEDICAS "CARLOS J. FINLAY"**

"Pero nosotros pensamos que en un futuro, incluso, el médico general debe ser un especialista; porque se habla de especialista en cirugía, oftalmología, etcétera, etcétera y resulta que el médico general tiene un papel muy importante y no se concibe al médico general como un especialista.

Nosotros estamos analizando la idea de que se considere al médico general como un especialista, especialidad para la cual necesita los más altos niveles y la preparación adecuada, que también puede hacer su residencia.

"Aspiramos a que todo el mundo tenga conocimientos amplios, sólidos y tenga también su especialidad.

"Creo que uno de los médicos más importantes es el médico general y, sin embargo, no se le considera un especialista; se considera especialista al que hizo residencia en una cosa u otra.

"Hay muchas ideas alrededor de esto que están por ser todavía desarrolladas y completadas, pero nos proponemos que ustedes salgan graduados como médicos de altísima calidad: calidad científica, calidad política, calidad moral, calidad humana".

3 DE DICIEMBRE DE 1982

**ACTO DE INAUGURACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICOQUIRÚRGICO
"HERMANOS AMEIJERAS"**

"Y pueden ser docentes a los efectos de una especialidad nueva que nos proponemos crear, que es la especialidad de medicina general".

[.....]

"Y cuando hablamos, por ejemplo, de una nueva especialidad como medicina general, ¿qué significa esto? Que hasta ahora médico general ha sido aquel que estudió seis años y después no desarrolló más estudios sistemáticos, o comenzó una especialidad y no la concluyó y entonces es un médico general. "Pues no señor, convertiremos también la medicina general en una especialidad, que exija además de los seis años de estudios universitarios, los tres años de estudios como residente en un hospital. Es decir que marchamos hacia una formación médica, hacia un futuro en que todos los médicos serán especialistas, incluso el médico general".

[.....]

"Se está elaborando un programa para el inicio de la especialidad de medicina general -como decíamos-, a partir del curso 1983-84".

16 DE ABRIL DE 1983

CLAUSURA DEL CLAUSTRO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS

" Porque yo sigo insistiendo en la idea, de la cual no se ha hablado aquí, pero sigo insistiendo en la idea de convertir la medicina general en una especialidad".

[.....]

"Me gusta mucho la idea del médico general como especialista, porque si bien en otras materias, en otras especialidades, podemos encontrarnos con el limitante del número, con este tipo de médico no tendríamos el limitante del número, puesto que es el médico que se puede necesitar en cualquier lugar; para la cooperación internacional es un tipo de médico ideal. Pero si ustedes fueran a enviar un médico a un centro de campismo —y van a ser cientos de centros—, ¿qué médico mandarían? ¿Un pediatra, un general de adultos, un cirujano, un radiólogo? Tendrían, sencillamente, que mandar a este especialista en medicina general, que sabe un poco de niños también, de adultos y de todo lo que necesite saber. Si ustedes van a mandar un médico para cada fábrica —y no hay dudas de que cada colectivo de fábrica se sentiría muy tranquilo teniendo un médico allí, en cualquier central azucarero, aunque haya policlínico cerca y todo, saber que hay un médico en el central, que le dio un dolor por aquí, o por aquí, o por acá, o por cualquier lugar, y tiene el médico allí, médico que, además, puede salvar una vida en determinada circunstancia—, ustedes enviarían a un clínico. Si ustedes tienen que enviar un médico a una secundaria básica, tienen que enviar este tipo de médico. Si ustedes deciden un día, o el país decide enviar un médico para cada cuadra, como los Comités de Defensa de la Revolución, ¿qué médico enviarían allí? De manera que este es el tipo de especialista, de amplio campo, que puede servir realmente para crear una red de salud completa y cuyo número no tendría límites. Si ustedes van a apoyar cualquier país subdesarrollado, lógicamente tienen que mandar a algunos especialistas, siempre habrá que mandar al cirujano y al anestésista y al radiólogo, etcétera; pero sobre todo lo que

necesitan son estos médicos generales, que nosotros aspiramos que tengan un alto nivel.

“Es por eso que tenemos tanto interés en esta especialidad, cuyo perfil se está definiendo y después veremos de dónde sale, puede salir de general de adultos, o puede salir de los que hacen el rotatorio”.

Disponibles en:

<http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>

**Expresiones del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz,
relacionadas con el modelo del Médico y la Enfermera de la Familia del
Policlínico Lawton**

24 DE FEBRERO DE 1984

ACTO CLAUSURA DEL XV CONGRESO DE LA CTC

"[...] Hemos comenzado ya con el médico de la familia. Esto es nuevo, y hemos iniciado la experiencia con 10 en el barrio de Lawton. Tenemos los primeros 10, 10 médicos y 10 enfermeras, sometiendo a prueba esa concepción, además de toda la red, un médico y una enfermera atendiendo a 120 familias directamente, guardianes de la salud de 120 familias [...]"

5 DE MAYO DE 1984

**CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE
CIENCIAS MÉDICAS**

"Como esta idea era nueva, había que ensayarla. Aunque estábamos convencidos de los resultados, sin embargo, los resultados han estado por encima de lo que se esperaba. Y así se escogieron los primeros 10 médicos. La verdad que los escogieron bien, porque ese grupo de compañeros es bueno, es bueno: ellos no fueron estudiantes mediocres ni mucho menos y son compañeros de un gran espíritu y de una gran capacidad.

"Ellos empezaron, fueron los conejillos de Indias, los primeros médicos de familia. Y ha sido realmente una revolución: el aprecio y la seguridad que siente la población hacia ellos y con relación a ellos, la atención que reciben de los vecinos, los problemas que están resolviendo, porque no solo en la medicina

rural, no hay que ir a la Sierra Maestra ni a la falda del Turquino para descubrir que hay gente que tiene problemas y no va al hospital ni al policlínico. Ellos han descubierto mucha gente que no iba a los policlínicos ni a los hospitales, personas que no cumplían los planes de vacunación; personas que iban por un problema aparentemente sin importancia y le descubrían otro: una tos y después descubren un fibroma o algunos otros problemas, al extremo que me decían los compañeros, que algunos vecinos tenían miedo del médico, porque iban a ver una cosa y les descubrían otra. Pero, bueno, ese miedo lo tienen todos los vecinos del país; incluso, los primeros que tienen ese miedo son los médicos, que por lo general no quieren ir al médico.

"Ellos han puesto a caminar a muchas personas de edad que no salían de su casa, mediante una política de lucha contra el sedentarismo, contra la obesidad; han puesto a correr a muchas personas y han creado una verdadera revolución, que ha desarrollado un enorme interés por parte del resto de la población, que espera su médico en el futuro.

"Ellos reciben allí a los vecinos pero, además, los van a visitar. Ellos los llevan al policlínico, los llevan al hospital muchas veces, según el caso. Y descubrimos cuando les preguntamos quién pagaba esos pasajes en la guagua, en el ómnibus y en el taxi, según la urgencia, decían: no, de nuestro bolsillo. Ellos no habían reclamado nada y lo estaban pagando de su sueldo; bueno, ese es un problema a resolver, habrá que darles una libretica para que apunten esos gastos, para luego resarcirlos, confiamos plenamente en ellos, no necesitamos contadores, el médico lleva la contabilidad de sus gastos allí, tenemos una confianza absoluta y total.

“Ellos siguen los casos cuando van al hospital, cuando están en el hospital, cuando salen del hospital. Han descubierto infinidad de problemas y han podido hacer esos diagnósticos de salud del área; ver qué índice de enfermedades cardíacas, de diabetes, de asma, de hipertensión, etcétera, etcétera.

“Van a llevar la hoja clínica de cada ciudadano, incluso están atendiendo vecinos que no les corresponden, porque llega alguien y quiere traer a la mamá. Me contaban que una novia quería que le vieran al novio también.

“Claro, ahora, son 10 nada más, pero ya el próximo año, en esa misma zona de Lawton, toda el área del policlínico va a estar cubierta y habrá 37 médicos de familia para ver cómo se comporta la experiencia en el área completa del policlínico, más un médico para una escuela y un médico para una fábrica, porque en el futuro pensamos también tener médicos en los centros de trabajo y en las escuelas, escuelas de 500 ó 600 alumnos. De manera que el ciudadano estará atendido por la red de policlínicos, hospitales, centros especializados, institutos de investigaciones médicas; pero, además, el ciudadano estará cuidado en la escuela, estará cuidado en la fábrica, estará cuidado allí donde reside. Eso no solo aporta salud y soluciones a numerosos problemas, sino que, además, le da una seguridad total, absoluta al ciudadano.

“La importancia que el pueblo le da a este plan se evidencia en el cariño, en el respeto, en la colaboración que les están brindando a los médicos de familia”.

[.....]

“Ahora, ¿a qué aspiramos? Que estos médicos de familia se hagan especialistas en medicina general integral. Claro, los primeros 10 compañeros, ya varios de ellos tenían pensado otras especialidades; nosotros les hemos

planteado que estudien las que ellos se habían propuesto, puesto que estos son los primeros médicos de la fase experimental”.

[.....]

“Estos médicos de familia tienen un código especial, un código ético especial y riguroso, ¿por qué? Por el acceso que tienen a la familia, por la confianza que la familia les brinda, al extremo que, incluso, van a necesitar conocimientos de psicología y psiquiatría también. En cierta forma muchas familias les piden consejos sobre problemas y se convierten realmente en un profesional de una gran influencia, de un gran prestigio y de un gran aporte al bienestar y a la salud del pueblo. Creo que eso va a contribuir, a que el promedio de vida de nuestra población se prolongue y podamos estar entre los primeros del mundo en ese campo. En esa tarea los médicos de familia van a jugar un papel fundamental”.

29 DE NOVIEMBRE DE 1987

**CLAUSURA DE LA ASAMBLEA PROVINCIAL DEL PARTIDO DE CIUDAD
HABANA**

“De lo que hablaba la compañera María Cristina son cosas irreales, pero no irreales allá en Haití o en cualquier país de América Latina, incluso en los más ricos. ¿Qué es eso? Si uno habla de gimnasio fisioterapéutico, dirán: ¿Esa palabra extraña de dónde ha salido? ¿Qué es eso? Eso es algo que pasa en un policlínico, algo que puede llegar a pasar relativamente pronto en 400

policlínicos; algo que significaría atender las necesidades de más de 200 000 personas en la capital en tres meses, que significaría las necesidades de más de un millón de personas en todo el país.

"Pero nosotros hablamos de eso aquí como de cosas naturales, no hacemos más que enterarnos de ellas y ya estamos pensando cómo la ampliamos y masificamos, y cuántos especialistas se necesitan de medicina deportiva o de rehabilitadores -como decía nuestro Ministro de Salud Pública-; y ya inmediatamente nos empezamos a preocupar de cuántos metros cuadrados hacen falta y si los proyectos de los nuevos policlínicos lo incluyen y si lo deben incluir o no, o debe estar al lado. Eso constituiría un sueño en cualquier parte del mundo.

"Como ustedes vieron hoy, ahora tenemos que enfrascarnos en la tarea de meditar y analizar la cuestión de los gimnasios fisioterapéuticos, y posiblemente de todo eso salga la necesidad de hacer setenta y tantos gimnasios fisioterapéuticos. Alguien tiene un problema determinado y debe ir al "Frank País", allá en La Lisa; calculen, o tenían que llevarlo en ambulancia, o tenía que alquilar un carro, o tenía que montarse en un ómnibus. Imagínense a alguien con un problema de cierta seriedad en un ómnibus de Guanabacoa a La Lisa, o de Guanabacoa a Boyeros, para el "Julio Díaz". Haremos los gimnasios fisioterapéuticos, esa es la idea, por eso se hizo el primero; queríamos saber a qué nivel, si debíamos hacer uno por municipio o uno por policlínico. Por lo que se ve, parece que habrá que hacer uno por policlínico. Pues habrá que hacer un programita también de gimnasios fisioterapéuticos y los programas de formación de enfermeras en ese terreno, de especialistas en

medicina para nuestro programa. También deberemos crear gimnasios de uso general para la población". .

30 DE JUNIO DE 1994

CLAUSURA DEL I CONGRESO DE MEDICINA FAMILIAR

"[...] Las familias prestaban un cuartico o el garaje. Recuerdo, incluso, el caso de aquella madre que tenía vedada la habitación donde había vivido su hijo que había muerto y ella dijo: "Para esto yo doy esta habitación , y allí se instaló el médico de la familia, que no tenía ningún otro local.

[.....]

"Era necesario resolver la cuestión de las instalaciones y empezamos con unos pequeños locales para que trabajaran allí los médicos de la familia. Los primeros —como dije— lo hicieron en casas particulares, garajes; después construimos un local mejor; más tarde nos planteamos la cuestión de dónde iba a vivir el médico de la familia. Una vez que se había demostrado que la idea era buena, una vez que se habían dado los pasos necesarios para llevarla adelante, había que resolver otros muchos problemas, uno de ellos era el de la vivienda del médico. Entonces, surgió la idea del local del médico de la familia, el local donde daban la consulta con la vivienda y después nos acordamos que faltaban las enfermeras, ya entonces era el local de la consulta, la vivienda del médico y la de la enfermera".

28 DE NOVIEMBRE DE 1997

CLAUSURA DEL VI SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCION PRIMARIA

"Convertimos la generalidad en una especialidad: la medicina general integral, un concepto asociado a la idea del médico de la familia. La recogida de los

programas de medicina de las mejores universidades médicas del mundo; se analizaron y se estudiaron todos esos programas. Se desarrolló el nuevo programa, costó trabajo, los especialistas no entendían, hacían resistencia, fue una lucha.

“Tampoco una idea se empezó a aplicar sin más ni más. Empezamos con 10 médicos en las montañas, en algunos lugares y un policlínico; ahí está Cosme. Hicimos dos grupos para ver el curso, el programa, qué hacía la gente, porque habíamos descubierto que la gente en vez de ir al policlínico, iban para el hospital y saturaban los cuerpos de guardia de los hospitales. Ya un día llegamos a tener un policlínico completo, el área de ese policlínico con médicos de la familia, ¿qué ocurrió?, un agradable fenómeno: la gente aquella que iba al hospital ahora no iba ni al policlínico, iba a ver al médico de la familia; incluso veía al especialista en el policlínico, le recomendaba algo y él venía a conversar con su médico para preguntarle qué le parecía aquel diagnóstico, aquel plan. Resultado: el 20% de los que iban a los policlínicos siguieron yendo al policlínico porque ya era una necesidad imprescindible, porque había que hacer una radiografía, un examen de laboratorio.

“Lo primero que descubrimos fue que ya liberamos al policlínico de un exceso de consultas, resolvimos los problemas de los cuerpos de guardia de los hospitales, que fue un alivio tremendo. Empezamos a descubrir la hospitalización domiciliaria para muchas cosas. Si a alguien había que tomarle la presión arterial todos los días debía haber ingresado en un hospital y ahora llegaba al médico de la familia, le tomaba la presión arterial, lo atendía; reducía el número de camas. Resultaba más económico el médico de la familia por los gastos que ahorraba en hospitales, era mucho más cómodo para la gente.

“Perfeccionamos los policlínicos; pero después convertimos a los policlínicos en facultades universitarias, porque todos aquellos médicos de la familia tenían que hacer la especialidad, después de un año tenían que empezar la especialidad de tres años, compartiendo el estudio con el trabajo, para ser especialista en medicina general integral y después, si querían ser pediatras, después de ser especialistas en medicina general integral se podían hacer pediatras, obstetras, estudiar la especialidad de medicina interna u otras”.

26 DE JUNIO DE 1998

CLAUSURA DE LA CUMBRE DE MINISTROS DE SALUD DEL MOVIMIENTO DE PAÍSES NO ALINEADOS

“Una de las preguntas que nosotros nos hicimos fue si el médico de la familia tendría éxito, tal como lo habíamos concebido, hasta que descubrimos que fue un éxito colosal. Pero no empezamos con 1 000, empezamos con 10. Es decir, un poquito más, 10 en un municipio de la capital, en una zona de un policlínico. No tenían ni edificaciones, se instalaban en el cuarto de una familia que prestaba el cuarto, o hasta en el garaje de una familia, era el médico el que estaba allí y la enfermera.

“Es que estábamos haciendo otras cosas, estábamos ensayando un método de superación de los médicos de la familia y empezamos por ese policlínico. Ya aquellos médicos no solo estaban prestando su servicio a la comunidad, sino que estaban estudiando una nueva especialidad en el propio policlínico, porque junto a la idea del médico de la familia surgió la idea de convertir la generalidad

en especialidad, mientras por otro lado luchábamos contra las superespecializaciones. Hubo que luchar duro, porque era una tendencia, muchos querían crear nuevas especialidades.

“Nuestro médico está ahí, muy cerca de sus pacientes, al lado; si hay que tomarle a cualquiera de ellos la presión arterial todos los días, ese ciudadano no tiene que ir a un hospital; antes iba al hospital y estaba durante una semana o quince días de observación tomándose la presión. Ahora tiene a un médico que le toma la presión allí, al lado de su vivienda; tiene a un médico que también atiende de inmediato a los ciudadanos ante cualquier malestar. Algo más, puede tener un diagnóstico de determinados tipos de enfermedades y, en muchos casos, en vez de estar hospitalizado, ser atendido allí en su casa; no tiene que estar necesariamente hospitalizado. Eso es un ahorro de camas y de instalaciones. Se llama hospitalización domiciliaria, porque antes se hospitalizaba porque necesitaba tener el médico al lado, cerca, que lo viera todos los días, que lo chequeara. Ahora recibe esa atención en su casa.

“¡Ah!, si no deseaba ser atendido por aquel médico, podía ir al policlínico, ver a un especialista, a quien quisiera, o podía ir al hospital directamente a ver a un especialista, al que deseara. De modo que tenía amplias y variadas opciones.

“¿Y qué ocurrió con aquellas primeras experiencias? Que los pacientes dejaron de ir incluso al policlínico. Recuerdo cuando saturamos de médicos de la familia el área de un policlínico que atendía a 25 000 ciudadanos, de 500 pacientes, como promedio, que iban al policlínico todos los días, la cifra se redujo aproximadamente a 100 y dejaron de saturar los cuerpos de guardia, acudiendo directamente al hospital. Tenían tanta confianza en ese médico recién graduado, de las primeras experiencias, que, cuando el especialista del

policlínico le indicaba algo al paciente, muchas veces este hablaba con el médico de la familia y le pedía su opinión para tener más confianza y más seguridad en lo que le habían indicado. Acudían al policlínico cuando necesitaban análisis e investigaciones, o se requería la consulta de un especialista”.

1983: Director Provincial de Salud Ciudad de la Habana

Actual: Director general del Centro Internacional de Salud "La Pradera" y coordinador del programa de atención médica del Convenio Cuba-Venezuela.

En 1983, el Ministro de Salud Pública, doctor Sergio del Valle Jiménez, le informa que el Comandante había determinado que 10 médicos recién graduados iniciaran el plan del médico de la familia y se debía seleccionar un lugar para llevarlo a cabo. Esa tarea la empezó un colectivo de compañeros de la dirección provincial de salud, Neftalí Taquechel Tusiente, Rafael Falcón Laria, Agustín Lage Salceiro, de la dirección de especialidades; Carlos Dotres Martínez, jefe del grupo de Pediatría; Armando Álvarez Nodarse, del departamento Materno Infantil; Moisés Baly Baly, perteneciente a policlínicos y María Noelia Sánchez, responsable de enfermería.

Se plantearon condiciones para la selección del área de salud.

El lugar debía tener características que fuesen representativas del país. Otra condición importante, que el secretario del Partido del municipio estuviese identificado, conociera y apoyara los problemas de salud, porque era una tarea de la dirección política del país. Se analizaron los municipios uno por uno valorando estos aspectos.

El municipio "10 de Octubre" cumplía el primer requisito y su primer secretario del partido, Orlando Jiménez, había sido trabajador sanitario, dedicado a su labor y con conocimientos de la misma. A su vez, el presidente del Poder Popular, Rolando de Armas, preocupado e interesado en los problemas de salud del territorio. Se seleccionó este municipio.

Posteriormente, se analizaron los policlínicos del municipio. El director del policlínico "Lawton", doctor José Rodríguez Abrines, había sido director de salud en dos provincias y también director de Medicuba. Por lo que se determinó que se iniciaría el plan en este policlínico.

Se valoró con el Partido; poder popular; el director municipal de salud, doctor Rogelio Rojas y el director del policlínico, esta decisión. El próximo paso consistió en buscar los locales donde trabajarían los médicos y las enfermeras. Una persona dio un cuarto, otro dio un garaje. No se tenía conocimiento de la medicina familiar.

El equipo provincial comenzó a buscar información al respecto en distintos países para ganar experiencia.

Se hizo un documento explicativo que planteaba la atención médica a alrededor de 120 familias. Teniendo en cuenta que la familia cubana tiene como promedio cuatro personas por núcleo, serían alrededor de 600 personas.

El Ministro estuvo de acuerdo.

Más tarde, Julio Camacho Aguilera, primer secretario del Partido de la Ciudad de la Habana; doctor Oscar Fernández Mell, presidente del Poder Popular de la misma; Manuel Villamar Cusidó miembro del buró provincial del partido que atendía el sector de la salud; José Ramón Pérez Valdivia, miembro del comité ejecutivo del Poder Popular, doctor Mariano Chávez, por el partido de Salud Pública, lo ratificaron y posteriormente el Comandante en Jefe Fidel Castro lo aprobó.

Se ubicaron los médicos, se reunían con la población para darle a conocer los detalles, todas las semanas se reunían, Fidel iba con frecuencia.

La juventud y la FEU seleccionaron los médicos, no todos eran de la juventud, algunos no querían incorporarse, las primeras semanas las discusiones no fueron nada fácil, se les dio la tarea y la llevaron a cabo. Desde el primer momento se dijo el número, diez médicos y posteriormente se presentaron, no hubo ningún documento que señalara como se iba a hacer, se va al partido porque era una tarea de la dirección política.

Cuando se realizó la extensión del plan, para los consultorios nuevos se hizo un concurso, se hicieron tres proyectos, fueron construidos por las microbrigadas.

Basado en la experiencia del policlínico comunitario que tenía un pediatra, un clínico, obstetra se plantea el grupo básico de trabajo.

La idea fue de Fidel, una concepción del médico vinculado a la familia, eslabón importante en el sistema nacional de salud. Ha visitado la Unión Soviética, Hungría, España, nuestra concepción es más avanzada, resuelve un número elevado de afecciones de la población. Impactante desde el punto de vista económico.

Doctor José Rodríguez Abrines

28 de Julio del 2000

1983: Director Policlínico Lawton

Actualmente: Hospital Miguel Enríquez

El policlínico estaba dividido en sectores, atendidos por médicos generales. Las embarazadas eran atendidas por un especialista que venia del hospital. La población no confiaba en el policlínico.

En 1982 Fidel plantea crear un nuevo especialista que fuese capaz de brindarle atención a los adultos, niños y embarazadas. Posibilidad de que atendiese a nivel de cuadras, allí donde estaban las familias. Que el médico del policlínico no fuese un médico general, sustituirlo por un médico especialista.

El modelo comenzó en el año 1984 con 10 médicos recién graduados y 10 enfermeras seleccionadas. Se adaptaron 10 locales.

En el trabajo previo para la formación de los sectores que ellos iban a atender, se realizó un censo vivienda por vivienda apoyados por los CDR y se comparó con el archivo de historias clínicas: archivo - 21821 habitantes, censo - 22136 habitantes. Lo más importante 4797 historias clínicas de bajas, 5112 personas que nunca habían asistido ni una sola vez al policlínico. Según las encuestas preferían ser atendidas en el hospital, el 25% de la población no había asistido nunca al policlínico, el 25% asistía sistemáticamente, el 50% restante sólo iba por problemas sencillos. El 35 % de las embarazadas recibían atención prenatal en el hospital.

No era un simple cambio del número de habitantes atendidos por el médico y enfermera. Este médico se iba a convertir en un especialista capaz de atender integralmente a las mujeres, niños y adultos poniendo énfasis en la medicina preventiva. Un especialista con una sólida preparación que iba a velar por la

salud de su población curando a los enfermos, educando, es decir, modificando hábitos y modos de vida. Iba a ser un guardián de la salud y para ello, debía:

- Visitar por la tarde sin que lo pidieran, a sus pacientes, sobre todo niños o ancianos que hubiesen acudido por la mañana a la consulta,

- Interconsultar con el especialista cuando lo necesitase,

- Se prohibieron las remisiones: el médico de familia era responsable de su paciente.

- Visitar a los enfermos ingresados en el hospital y en muchos casos llevar al paciente al cuerpo de guardia,

- Llevar a los pacientes graves al hospital, visitándolos posteriormente.

Se orientó que la evaluación de este médico no fuese por indicadores cuantitativos, número de consultas o número de visitas.

Era importante ver como se transformaba la situación de salud.

En poco tiempo se fue ganando la confianza de la población, disminuyeron los que iban al hospital, se introdujeron nuevos métodos de atención, ingresos en el hogar, se observó un cambio en los principales indicadores.

Rápidamente el médico de familia se ganó la confianza de la población por su preocupación, calidad en la atención, garantizó la continuidad de la asistencia.

Conoció con mayor profundidad el estado de salud de su población, no sólo lo referente a morbilidad, sino también a modo y condiciones de vida.

Un hecho a destacar en esta etapa fue la visita de Halfman Mahler, entonces director de la Organización Mundial de la Salud, quien luego de entrar en contacto con el modelo cubano, expresó: ...”Esto no es un modelo de atención primaria, ustedes han perfeccionado la atención primaria...”

Investigación. Al inicio apoyo del grupo de investigación del Vice-ministerio de Asistencia Médica y de la Vicerrectoría del ISCM y por supuesto desde el inicio del grupo de coordinación y apoyo del Comandante en Jefe en la persona del Doctor Ernesto de la Torre. El profesor de la Torre planteó que este médico que iba a incorporarse a la familia debía regirse por un código rígido de ética médica, y surge entonces el Código de Honor del Médico y Enfermera de la Familia en el año 1984.

Los sábados se realizaban reuniones docentes.

El grupo básico de trabajo constituyó el primer apoyo de los médicos.

Al año había 46 consultorios. Se cumplieron los objetivos trazados y se comenzó con el programa de especialización.

Acudieron a dar interconsultas y adiestramientos profesores de gran prestigio entre los que hay que señalar al doctor Mc. Cook, director del Instituto de Angiología.

Se introdujeron nuevos métodos de atención como por ejemplo el ingreso en el hogar, hubo cambios en los principales indicadores.

Se implementó un diseño automatizado para el estudio actualizado y resultado de las intervenciones.

Se desarrollaron ensayos de medicamentos con los Laboratorios Técnicos de la Industria Farmacéutica como propóleos, paracetamol, entre otros.

«Creo que no se puede hablar del impacto del médico de familia en el nivel de salud de la población sin señalar:

- el grado de satisfacción de la población atendida
- confianza en el médico de familia»...

Doctora Rosa M. Báez Dueñas

17 Julio 2007

1984: Médico fundadora del plan del médico de la familia

Actualmente: Especialista de M.G.I. Jefa del Departamento de Cuadros de la Rectoría. Especialista de segundo grado en M.G.I. Master en APS. Diplomada en Fármaco Epidemiología. Diplomada en Nutrición Humana. Investigadora agregada del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Miembro Titular de la SOCUMEFA. Fundadora y miembro del ejecutivo de la AMECA. Estaba en el 1983 en el Policlínico Wilfredo Pérez, donde fue ubicada para realizar la rotación de comunidad de la residencia vía directa de pediatría. Era la secretaria general de la Juventud en el policlínico. Se realizó una reunión donde se les planteó el nuevo modelo de atención y su incorporación al mismo. Los médicos procedían de las facultades Miguel Enríquez (Rene, Mayda, Ana, Cabo y ella) ,10 de Octubre (Rosa Espinosa, Camacho, Estela y Rolando) y Enrique Cabrera (Alicia). Al llegar al policlínico recibieron un curso introductorio como entrenamiento teniendo en cuenta que eran residentes vía directa, relacionado con aspectos de higiene y epidemiología, recordatorio de conocimientos adquiridos durante la carrera, rescate de habilidades. Son presentados a la población el día 3 de enero de 1984 y el día 4 de enero abren las puertas los consultorios. Sobre los documentos que utilizaron: Hoja de cargo donde se recogían los factores de riesgo. Historia clínica ubicada en el consultorio. Ficha familiar realizaban la caracterización de la familia y el familiograma. Evaluación y control, hubo cambios se orientó que no sería por indicadores. Iniciaron la residencia Rene, Mayda, Estela, Ana, Gustavo, y ella. Entre las iniciativas recuerda el Gimnasio, el trabajo con los desvinculados.

Doctor René Faustino Espinosa Álvarez

15 de Mayo 2007

1984: Médico fundador del Plan

Actualmente: Especialista de Segundo Grado en MGI, Profesor Asistente, Miembro del Grupo Nacional de la Especialidad, Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEF) y Presidente de la SOCUMEF del municipio "10 de Octubre".

Al graduarse de médico fue ubicado para realizar su residencia de Medicina Interna en el Policlínico Wilfredo Pérez, perteneciente a la Facultad Miguel Enríquez. En ese policlínico estaban otros compañeros que posteriormente pasarían a integrar el grupo de fundadores del médico de la familia.

El 25 de noviembre de 1983 se reunieron con dirigentes del Ministerio de Salud Pública, les explicaron referente al nuevo modelo de atención médica y consultaron su disposición a incorporarse al mismo.

El 28 de noviembre fueron recibidos en el municipio del Partido de 10 de Octubre, por el primer secretario, el director municipal y el director del policlínico.

Al llegar al policlínico Lawton, realizaron un entrenamiento en las especialidades básicas, planificado según la residencia que habían iniciado, De este modo, él, rotó por las consultas de Pediatría con la Dra Marta Masset, especialista, interconsultante, y en ginecología con la Dra Violeta Herrera, especialista del centro. Los que procedían de la residencia de Pediatría, lo hicieron en Medicina Interna y Ginecología y los de Ginecología se adiestraron en Pediatría y Medicina Interna. Se actualizaron en las entidades más frecuentes.

El 20 de diciembre fueron recibidos por el Comandante en Jefe, Fidel Castro donde recibieron orientaciones sobre el trabajo a desarrollar.

Con relación a la selección de las enfermeras, fueron seleccionadas de las que laboraban en el policlínico.

Fue ubicado junto a la enfermera Gladis Martín en un garaje de un edificio de tres plantas, ubicado en la calle Ayala entre 21 y 22. Estaba dividido por paredes de madera, contando con una sala de espera, local de consulta y local de reconocimiento. El mobiliario con que contaban se componía de una mesa, dos sillas, una camilla y un parabán.

Los consultorios se prepararon con la ayuda de los delegados del Poder Popular y los cederistas.

El 3 de enero de 1984 se reunieron con la población para su presentación y el día 4 de enero iniciaron su trabajo en el consultorio.

Había temor por parte de las personas por ser médicos jóvenes por lo que se les dio la facilidad de atenderse con quien quisieran.

Realizaban consultas en el horario de la mañana, de 8 a.m. a 12 m. y visitas a los hogares de los pacientes por las tardes de 1 p.m. a 5 p.m.

Los registros que utilizaban eran la hoja de cargo y las historias clínicas. La hoja de cargo era la que estaba establecida para el policlínico comunitario y un mensajero diariamente la recogía y entregaba en el policlínico.

En ella reflejaban independientemente de la causa de la consulta, las enfermedades crónicas que padecía cada individuo.

Las historias clínicas eran individuales y las archivaron según el CDR a que pertenecía cada familia.

Fueron realizando un censo por familias que reflejaba nombre de cada integrante, edad, sexo, enfermedades y se recogían aspectos higiénico-epidemiológicos de las viviendas.

No se les impuso nada, se les permitió que trabajaran buscando iniciativas, realizaban intercambios frecuentes donde se les escuchaba.

Recibían información del centro de higiene y epidemiología relacionada con el área que atendían. La orientación era visitar todas las familias y dispensarizar toda la población.

La familiarización se inició en Enero de 1984. Las actividades estaban dirigidas a la promoción de salud, cambio de estilos de vida, combatir prácticas dañinas a la salud y enfermedades mas frecuentes en la población.

El 28 de enero participaron en una actividad en el Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, en que los presentaron a los trabajadores.

Los primeros cursos que recibieron fueron: Factores de riesgo: obesidad, hábito de fumar y sedentarismo, impartido por los doctores Ignacio Macias Castro y Raúl Mazorra Zamora. (Día 11 de febrero de 1984), Acupuntura, impartido por los doctores Francisco Pérez Carballás y Orlando Rigol, Osteoartritis, con una duración de un mes, (27 de febrero – 24 de marzo) por los profesores de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre, y Angiología por el profesor Mc Cook, director del Instituto. Fueron dados en la sala de espera del policlínico, pues no existían aulas.

En el policlínico se comenzó a recoger los datos del trabajo realizado por los consultorios y se implantó un sistema de información automatizado. Se les entregaba la información a los médicos con la fecha del último control realizado, cifras de tensión arterial en el caso de los hipertensos, de glicemia

en los diabéticos, de modo que el médico podía programar la próxima consulta teniendo en cuenta estos resultados.

El 24 de marzo el doctor Orlando Rigol les habló sobre la especialidad de Medicina General Integral.

El día 2 de mayo volvieron a reunirse con el Comandante y le explicaron sobre el desarrollo del trabajo. Participaron en un encuentro con los trabajadores del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras el día 14 de mayo.

Terminó la dispensarización de su población el 28 de mayo de 1984.

En noviembre de ese año, se incorporaron nuevos compañeros para dejar cubierta el área. Participó junto a las doctoras Rosa M. Báez y Mayda Rubio en una mesa redonda sobre el médico y la enfermera de la familia en el Forum Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas y Cultura Física el 12 de diciembre.

Recibieron en enero de 1985 un curso de electrocardiografía en el policlínico.

Participaron en un intercambio con el Comandante nuevamente el 30 de abril.

La asistencia médica era para toda las personas que la requiriesen, fuese o no del área. El ingreso en el hogar se comenzó por iniciativa de la doctora Mayda Rubio.

Posteriormente se aplicó un horario nocturno una vez a la semana, se realizaban las consultas de 8 a. m. a 12 m y después de 5 p.m. a 9 p.m. para darle facilidad de atención a la población trabajadora.

El diagnóstico de la situación de salud se comenzó a realizar teniendo como base un documento que sugirió el doctor Rodríguez Abrines.

Los medios auxiliares de diagnóstico del policlínico eran Rx, laboratorio y electrocardiografía, el resto de las investigaciones se realizaban en el hospital, tenían posibilidad para indicar cualquier investigación que necesitaran.

Se trabajó con grupos de riesgo como adolescentes, se crearon los círculos de abuelos.

Se desarrollaron actividades los fines de semana, que se llamaron Festival de Salud, con el objetivo de dar cumplimiento a actividades planificadas en el Libro Rojo que estaban atrasadas como la prueba citológica y la vacunación.

Participaban en las reuniones de los CDR y en las asambleas del Poder Popular.

Poco a poco se fueron ganando la confianza de la población, las personas estaban contentas y comenzaron una relación de vecinos, comparaban los que se atendían con médicos de hospitales que estos no los visitaban.

La residencia de Medicina General Integral la iniciaron 6 de los 10 médicos: El, Rosa Ma. Báez, Mayda, Ana, Estela y Gustavo procedente de la FAR, que se incorporó al grupo, por solicitud de su esposa (Ana) al Comandante.

Al año siguiente se incorporaron Rolando, Camacho, Alicia y Rosa Ma. Espinosa. Cabo no se incorporó, porque quería hacer Medicina Deportiva.

No existían programas de estudios.

Doctora María C. Reyes Fernández

20 de Junio 2007

1983: Médico general en función de Medicina Interna

Actualmente: Especialista en M.G.I. Vicedirectora técnica del Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. (CLAMED) "Doctor Abelardo Ramírez"

Fue ubicada en el Policlínico Lawton en 1978, había realizado internado vertical en Medicina Interna. Los médicos que allí laboraban eran generales, algunos habían pedido salida del país.

Como médico no llegó a conocer el total de población de su sector. Se atendían entre 30 a 40 pacientes en el horario de la mañana y cerca de 20 en el horario de la tarde.

Los pacientes que necesitaban ser valorados por un especialista eran remitidos al hospital.

En 1983 el director José Rodríguez Abrines teniendo en cuenta aspectos de gran importancia en el trabajo del centro de salud decidió realizar un censo para determinar y actualizar la población del área y conocer el cuadro de salud de la población.

La jefa del departamento de Servicio Social, Norma, tenía una caracterización de la población, identificadas las áreas de mayores dificultades, lo que ayudó en la localización de zonas con problemas biológicos, sociales y económicos.

Después de realizado el censo se decidió adecuar la estructura del policlínico a la organización político administrativa, cambiando la sectorización. Fue el primer centro en realizar esta actividad.

En la clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en el Teatro "Karl Marx", el 16 de abril de 1983 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz expresó aspectos relacionados con el tipo de médico que se podía enviar a nivel de cuadras, un especialista de amplio campo.

El director planteó la posibilidad de poner en práctica esta idea en el policlínico, se sensibilizaron los factores del municipio los cuales apoyaron en las discusiones.

El policlínico fue seleccionado por el trabajo previo, de adecuación de su estructura a la división política administrativa, y la voluntad de su director y los factores de llevar a cabo la idea.

Se definieron los lugares de ubicación teniendo en cuenta las zonas con mayores dificultades desde el punto de vista social, económicas y número elevado de pacientes con enfermedades crónicas.

Realizaron un Curso introductorio de preparación sobre características del área, cuadro epidemiológico adiestramiento en los programas básicos del área.

Las enfermeras conocían el área pero también recibieron adiestramiento por la jefa de enfermeras y las supervisoras como toma de muestras de pruebas citológicas, vacunación, curaciones cosas que se realizaban en el policlínico pero pasaron a realizarse entonces en los consultorios.

El periodo de Familiarización fue una superación profesional, educación continuada, se recibió apoyo del hospital y otras instituciones

Actividades docentes los sábados a médicos y enfermeras, sobre problemas de salud más frecuentes, temas de actualización

Horario a cualquier hora que el paciente lo necesitara

Interrelación medico-enfermera con el policlínico, interconsultas, medios auxiliares de diagnóstico, los médicos del hospital que realizaban las interconsultas eran los mismos, los directivos del hospital participaban en las actividades con la comunidad

Se establecieron los controles en dependencia de la característica del individuo, sano, con riesgo de enfermar, enfermedad crónica o con secuela.

Las supervisiones se realizaban en equipo, al médico y la enfermera

Se mantuvo 2 estructuras mientras se realizó la transición

A finales del 84 se decidió extender el plan al resto del área, incorporándose también Fomentos en Sancti Spiritus, Policlínico Plaza, con una modalidad diferente en el plan de estudios, y posteriormente al resto del país.

Otras actividades: Gimnasio fisioterapéutico idea planteada por Jorge Valdés (partido provincial), Jiménez (partido municipal), Rodríguez Abrines y ella, con el objetivo de brindar atención a enfermos crónicos, en su rehabilitación, para cambiar hábitos en personas sanas, evitar factores de riesgo, prevención y promoción de salud. Se recibió apoyo del Departamento de Medicina Deportiva, Fisiatra, Técnico de fisioterapia, Licenciado en cultura física, consulta de medicina deportiva.

Doctora María Josefa García Avalos

5 de Mayo 2007

1983: Médico general en función de ginecología y obstetricia.

Actualmente: Especialista M.G.I. Subdirectora Municipio de Salud 10 de Octubre.

Comenzó a laborar en el Policlínico Lawton en el año 1982, como médico general en función de ginecología y obstetricia. En esos momentos el centro estaba dividido en sectores, todos los médicos eran generales, hasta finales de año que se incorpora la doctora Violeta, especialista en ginecología.

Para ser consultados los pacientes debían sacar su turno bien temprano en la mañana en el departamento de admisión y archivo.

La valoración de las pacientes que requerían interconsulta se realizaba con la obstetra municipal, que venía una vez por semana. Realizaban visitas de terreno, orientada a gestantes inasistentes, de riesgo o normales.

En el año 1983 el director dio la orientación de realizar un censo casa por casa, en el que participaron todos los trabajadores, este se hizo teniendo en cuenta el registro de direcciones de los CDR según la organización de esta organización.

Posteriormente basándose en esta característica se seleccionó el policlínico para dar comienzo a la experiencia del programa del médico de la familia. Llegaron en el año 1983 los 10 médicos que fueron seleccionados para el plan. Se impartió un curso introductorio teniendo en cuenta las enfermedades mas frecuentes en la población, que fue desarrollado por los médicos que laboraban en el centro.

Doctora Violeta Herrera Alcázar

2 de Mayo 2007

1983: Policlínico Lawton. Especialista de Ginecología y Obstetricia

Actualmente: Escuela Nacional de Salud. 2da Jefa de Cátedra de Salud Sexual y Reproductiva.

Comenzó en el Policlínico Lawton en octubre de 1982 como especialista en Ginecología y Obstetricia. Presidía la Comisión de Ética Médica, Miembro del Consejo de Trabajo.

El Policlínico era comunitario, dividido en sectores. En el año 1983 se pasó a la organización en salud de acuerdo a la división político administrativa y se eliminó la sectorización por manzanas, pasando a las circunscripciones y CDR. Esta actividad se realizó con la participación de todos los trabajadores del centro.

En 1983 se seleccionó para iniciar el modelo de medicina familiar teniendo en cuenta la estabilidad del trabajo que se venía realizando y las características de su población.

Los médicos que se seleccionaron para dar inicio al programa eran médicos recién graduados, con disposición a enfrentar la tarea que se les encomendó, integrados al proceso revolucionario y con participación activa en la docencia.

El trabajo de terreno, el cual se hizo con el apoyo de las organizaciones de masas permitió detectar locales vacíos, los cuales fueron utilizados como consultorios.

Hubo un momento en que la población del área estaba atendida una parte por el médico de familia y otra por el médico general que se encontraba en el policlínico.

Las historias clínicas se trasladaron del policlínico hacia los locales, se detectó que existían personas que no habían sido vistas nunca por el médico del policlínico, y por lo tanto no tenían HC.

Los médicos de familia vieron toda la población y la dispensarizaron, no se les evaluaba su trabajo porque estaban empezando.

Se desarrolló un curso que se llamó introductorio, que se impartió en la sala de espera de ginecología, teniendo en cuenta los programas básicos del área, que era lo fundamental para ellos. En esos momentos el policlínico se regía por el llamado Libro Rojo.

Asumieron la docencia médicos generales que laboraban en el centro, hasta que se incorporaron los especialistas de Pediatría y Medicina Interna.

En enero de 1984, fueron presentados oficialmente a la población y comenzaron su labor en los consultorios previamente condicionados para esa función, inicialmente el mobiliario que se utilizó fue el existente en el policlínico, en algunos casos la población aportó una silla, una mesa, u otro objeto que podía ser utilizado y posteriormente fue asignado por el MINSAP al igual que el instrumental y equipos

Se planteó el horario de las tardes, para realizar visitas al hogar, hospitales y otras dependencias que se requería para la atención a los pacientes.

Comenzó entonces la etapa de familiarización, los conocimientos se adquirían a través de una actividad académica semanal de 4 horas, educación en el trabajo a través de las interconsultas dadas en los consultorios, rotaciones en los hospitales básicos que incluía guardia médica.

En el mes de septiembre de ese año, se incorporó un grupo de médicos de reciente graduación para cubrir el resto del área del policlínico.

La primera jornada científica se realizó con carácter provincial en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras el 22 de Junio de 1985.

Doctor Ernesto Vicente Peña

3 Mayo 2007

1984: Policlínico Lawton

Actualmente Hospital "General Calixto García". Especialista de 1er y 2do grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Medicina Interna. Profesor Principal de la asignatura de Medicina Interna. Miembro Comité Académico CEDRO (drogas). Miembro del Comité académico de la Maestría de Infectología. Arbitro de la Revista Electrónica Habanera.

Comenzó en el Policlínico Lawton en el año 1984. Trabajaba en el Hospital Provincial Docente de Sancti Spiritus como Jefe de Medicina Interna, donde integra el grupo que inaugura la Facultad de Medicina. Lo liberan pendiente a ubicación.

Lo ubican en el Hospital Docente Calixto García y lo envían en prestación de servicio al Policlínico Lawton, siendo honesto no le gustaba el trabajo en Atención Primaria, respondiendo a su formación en Atención Secundaria que era lo que estaba establecido en el país y donde siempre había trabajado. Le plantearon que para poder regresar al Calixto, su hospital base, tenía que laborar previamente en la Atención Primaria, lo cual aceptó. Comenzó con la familiarización, se desarrollaron diferentes temas y se trabajó en el plan de estudios que se pensaba implantar a esos médicos.

Al principio los temas eran específicos y se implementaba la forma en la cual se iba a impartir la docencia. Los temas de la familiarización se seleccionaban en base a los principales problemas de salud de la población.

La evaluación se realizaba a través de interconsultas docentes, inspecciones a los consultorios, no existía una guía para ello.

Las interconsultas se realizaban en el policlínico y en el consultorio, le citaban los casos en el consultorio, también iba al hogar de los pacientes, la frecuencia de visita era 2 veces por mes.

Los ingresos en el hogar se realizaban teniendo en cuenta que fuesen afecciones que no pusieran en peligro la vida del paciente, las condiciones del hogar y las características de las familias. Al terminar el año, regresó al hospital, durante un año y posteriormente se planteó la ayuda de los especialistas docentes a los policlínicos con médicos de familia y regresó a Lawton participando en la docencia de los residentes de tercer año y apoyó en las tesis, exámenes pre estatales y estatales. Señala que durante este tiempo se cumplimentó cabalmente el plan de estudios por medio de conferencias, seminarios, visitas docentes de terreno y supervisiones a sus consultorios para comprobar como se desarrollaba el trabajo y como se aplicaba todo aquello que iban aprendiendo al concluir su programa de estudios.

Terminado este tiempo y cumplido el objetivo de graduar los primeros especialistas de MGI del Policlínico Lawton regresó al Hospital Calixto García.

Señala que guarda un agradable recuerdo y un gran cariño por aquellos 10 médicos que dieron todo lo mejor de si para cumplir la palabra empeñada con el Comandante en Jefe.

Licenciada Milagros León Villafuerte

6 de Junio 2007

1984: Enfermera consultorio médico

Actualmente: Directora Nacional de Enfermería MINSAP.

Graduada de enfermera en el año 1971. Comenzó en el Policlínico Lawton en 1979, procedente del Hospital Salvador Allende, antigua Covadonga. En el policlínico laboró en el Cuerpo de Guardia y posteriormente en la consulta de Medicina Interna.

Se le plantea la incorporación al plan, teniendo en cuenta que la enfermera Yamila Mauriz, que había aceptado su integración, decidió no participar en el mismo, siendo ubicada con el Dr. Jorge Luis Camacho en un local del Partido perteneciente al MICONS, que fue adaptado para consultorio. El mobiliario que se utilizó inicialmente fue el que estaba en el local, posteriormente se realizó una defectación viendo lo que se necesitaba. El material se llevaba del policlínico, y se realizaban las atenciones que se daban en el policlínico.

El área de su consultorio estaba caracterizada por mala situación higiénica, e inadecuada conducta social. Por ello fue necesario realizar un trabajo intenso de educación y orientación con las familias y sus integrantes.

La hoja de trabajo de la enfermera no era avalada por estadísticas, es decir de los procedimientos que se realizaban solo eran contabilizados las curas y las inyecciones. Las visitas de terreno se registraban por la hoja del médico.

Después de un tiempo en el consultorio pasó a ser supervisora de un grupo de trabajo.

Se impartieron cursos a enfermeras del centro que posteriormente se incorporaron al plan al ampliarse la cobertura del mismo, así como a personal de otras áreas de salud, ya que el policlínico se designó centro de referencia, se realizó la capacitación de brigadistas sanitarias. Hubo posibilidad de realizar la licenciatura, participar en investigaciones y presentación de trabajos en eventos científicos.

En 1988 se graduó de Licenciada en Enfermería, siendo la primera en el plan en alcanzar esta condición. Y en ese año asumió la Jefatura de enfermería del centro.

Enfermera Teresa Pinatel Mora

5 de junio del 2007

1984: Enfermera de consultorio médico

Actualmente: Enfermera de consultorio médico. Policlínico Luis de la Puente Uceda

En el año 1983 trabajaba en el Hospital Nacional como enfermera general, le hablaron sobre el nuevo modelo de atención que iba a iniciarse en el Policlínico Lawton y le propusieron su incorporación, aceptó y comenzó en el centro realizando una rotación en las consultas de Medicina, Pediatría y Obstetricia y Ginecología, con el objetivo de adquirir conocimiento y manejo de las mismas.

Fue ubicada en un local perteneciente a la zona de los CDR, en Pocito esquina a 12, con la Dra. Mayda Rubio. Esta área tenía condiciones difíciles relacionadas con características de las viviendas y las personas que allí vivían.

En el mes de enero fueron presentados a la población, realizaron la visita casa por casa para conocer sus pacientes y ordenaron sus historias por familias y por CDR. Se les dio libertad para realizar todas las iniciativas que quisieran.

La población ayudó en todas las actividades, inicialmente no tenían un mobiliario establecido, tenían un buró, una silla, un cajón para las historias clínicas, algunos espéculos, un set de jeringuillas, termómetros, y algunos medicamentos. Realizaban un pedido al policlínico según fuesen necesitando.

Un mensajero era el encargado de traer el material que se utilizaba en el consultorio. Por las tardes se reunían en el policlínico para intercambiar sobre el trabajo. El 26 de julio ya habían dispensarizado y vacunado el 100% de su población.

Después de tener conocimiento de la situación de salud de su población y detectar los problemas presentes se reunieron con ellos para plantearse los y analizarlos.

Era un horario de consagración. Se trabajó ese año, sin esquemas rígidos. No estuvieron bajo tensión de supervisiones ni controles.

Entre las funciones de la enfermera estaba clasificar los casos según motivo de asistencia al consultorio para darle prioridad al que lo necesitaba, buscar las historias clínicas, dar charlas educativas en la sala de espera, realizar las mediciones de peso, talla, tensión arterial, realizar curas, pruebas citológicas, aplicar inyecciones y vacunas, cumplir tratamientos en el hogar a las personas que lo requirieran, y en el horario de la tarde salir al terreno junto al médico y también visitas al hospital a pacientes ingresados. Sus actividades se reflejaban en la hoja de cargo del médico.

Entre los recuerdos señala:

Una ocasión en que una viejita se sintió mal, fue necesario ponerle un suero y le hicieron un seguimiento diario, como si estuviese ingresada, pero a diferencia de lo que se acostumbraba, en este caso era en la casa de la paciente, plantearon en un intercambio lo beneficioso de esta acción y se estableció el ingreso en el hogar.

Una visita de Fidel y Chomi, que hablaron sobre el hábito de fumar, y le preguntaron a la doctora que hacía si el Comandante entraba al consultorio fumando y ella le respondió que le llamaba la atención y lo estimulaba a que lo dejara.

En 1985 se recibió una visita de la UNICEF y se introdujo el uso de las sales de hidratación oral en el tratamiento de las diarreas, se crearon los círculos de

adolescentes. Se observó que existían personas que eran difíciles de ver porque trabajaban y se decidió realizar consultas en horarios de 5 a 9 de la noche con el objetivo de brindarle atención.

Para apoyar el trabajo se habló con mujeres que no trabajaban y se capacitaron como brigadistas sanitarias.

Las enfermeras recibían docencia y tenían posibilidad de superación.

Enfermera Magaly Veranes Fabars

6 Mayo 2007

1984: Supervisora de enfermería

Actualmente Jefa de enfermeras del Policlínico Lawton

La jefa de enfermeras en el Policlínico Lawton en el año 1984 era Alba Rosa González Quevedo, habló con las enfermeras que tenían buenos resultados en su trabajo, disciplina laboral, conducta social y moral y que además estuviesen de acuerdo con el nuevo plan.

La función de las enfermeras de la familia era:

En consulta trabajar con un médico, y responsable por vacunación, pruebas citológicas, captación de lactantes y gestantes y seguimiento de pacientes ingresados en el hogar y en el hospital.

Realizar terrenos diariamente como parte del equipo básico de trabajo y darle solución a los problemas de la comunidad,

Participar en las asambleas de rendición de cuentas, diagnóstico de salud, reuniones de grupo.

También realizar ingresos en el hogar, que fue una iniciativa de la Doctora Mayda Rubio, los que eran visitados diariamente en unión de su médico.

Recibían docencia los viernes por parte de los profesores y enfermeras calificadas.

Técnica Alicia Márquez de la Torre

5 de Junio 2007

1984: Jefa de Estadísticas

Actualmente: Jubilada por enfermedad

En la etapa previa a la implantación del médico de la familia el policlínico difería al resto de los centros en cuanto a organización de archivos, era atípico, no existía un archivo central donde se ubicaban las historias clínicas, estaban localizadas en cada sector al que pertenecía el paciente.

Se recogía la hoja de trabajo del médico y se registraban los datos por sectores. Los informes correspondían a los indicadores del Libro Rojo, los datos de los individuos sanos no se reflejaban.

A partir de enero de 1984 las historias fueron trasladadas a los locales de consulta.

Se comenzó a registrar información estadística que permitía conocer la actividad de consulta realizada en los consultorios de medicina familiar, así como también otras actividades realizadas por el médico y la enfermera de la familia, los controles fueron más completos, se reflejaban aspectos de la morbilidad de los pacientes, el tipo de diagnóstico, si este era presuntivo o si estaba confirmado; el tipo de consulta, si el paciente era atendido por primera vez, si era un seguimiento o alta de su afección; procedimientos realizados como examen de mamas, pruebas citológicas, se registraron datos que anteriormente no se controlaban.

El trabajo de estadísticas se incrementó, pero a partir de ese momento la información pasó a ser mas precisa, con mayor calidad.

Un mensajero pasaba todos los días por los consultorios para la recogida de los documentos.

Posteriormente se introdujo un sistema automatizado donde se recogía la dispensarización y factores de riesgo, para programar turnos y seguimiento en consultas y el terreno, apoyado por el método manual de recolección clásico.

Doctora Verónica Parrondo López

5 de Junio 2007

1984: Policlínico Lawton

Actualmente. Policlínico Lawton. Especialista en M.G.I.

Se graduó de Medicina en agosto 1984, en la Facultad Finlay Albarrán. Esperaba hacer la residencia en Laboratorio Clínico, ya que era alumna ayudante, no otorgaron plazas y fue convocada a una reunión de ubicación donde se explicó el inicio del Plan del Médico de la Familia y solicitaron disposición de incorporación, dio el paso al frente. Fue ubicada en el Policlínico Lawton en septiembre de ese año formando parte del segundo grupo de médicos. En los meses de septiembre y octubre realizaron un curso introductorio, donde se les explicó el funcionamiento del plan y se hizo una revisión de las enfermedades mas frecuentes.

El 11 de noviembre del año 1984, comenzaron en sus consultorios, considerándose entonces el año de familiarización, durante este periodo se impartieron cursos los sábados en las aulas que se crearon cercanas al policlínico. Fue ubicada en el consultorio 36-6. Su trabajo inicial consistió en visitar las casas de las familias a su cuidado, realizar la ficha familiar, y la dispensarización.

La programación del trabajo de consulta y terreno se efectuaba por unas tarjetas individuales. Se realizaba el control de las enfermedades crónicas y se recogía en libretas. Las historias clínicas de los pacientes fueron entregadas por el policlínico y aquellas que no existían fueron confeccionadas.

Las hojas de cargo eran recogidas diariamente por un mensajero, y era preciso reflejar si la persona era consultada por primera vez, un seguimiento o el alta de alguna afección, el tipo de actividad si era consulta o terreno.

La ficha familiar se introdujo mas tarde.

Eran visitados por los profesores semanalmente.

La evaluación era teniendo en cuenta el cumplimiento de los programas.

Las interconsultas con las especialidades consideradas no básicas se realizaban en el policlínico o en el hospital y debían acompañar al paciente.

Los pacientes que debían ser ingresados eran llevados al hospital y se visitaban posteriormente, realizando un intercambio con el médico de cabecera coordinando el alta en el momento oportuno y el seguimiento adecuado.