**VI JORNADA CIENTÍFICA DE EDUCACIÓN MÉDICA 2019**

**Apreciaciones de la Medicina Familiar en Granma posterior a las transformaciones del sistema de salud.**

Gallardo Sánchez, Yurieth1

1Universidad de Ciencias Médicas de Granma/Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica, Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Manzanillo, Cuba, [gallardo.grm@infomed.sld.cu](mailto:gallardo.grm@infomed.sld.cu)

**RESUMEN**

**Introducción**: en la década de los ochenta como respuesta a la necesidad que generaron las condiciones de salud y niveles de vida alcanzados, se inicia el modelo del médico de familia.

**Objetivo**: socializar el impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

**Material y métodos**: se realizó estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, utilizaron métodos teóricos, empíricos y como métodos estadísticos la distribución de frecuencias absolutas y la presentación de los resultados en gráficos. Las variables fueron: total de consultas en la APS y realizadas por los Médicos Generales Integrales, determinaciones realizadas en los laboratorios clínico y microbiológico, estudios imagenológicos realizados, consultas en cuerpo de guardia e ingresos domiciliarios, así como cantidad de graduados en la especialidad MGI.

**Resultados**: las consultas en el 2016 superaron al 2015 y las propias al Médico General Integral en 496 151 y 252 002 respectivamente. En el laboratorio microbiológico aumentaron las determinaciones realizadas en el 2016 con respecto al 2015 en 139 819 y, en el laboratorio clínico disminuyó en 52 047. Aumentaron los estudios imagenológicos (24 007 Rx y 8 230 ultrasonidos). Decrecieron las consultas en cuerpo de guardia en 15 113 pacientes atendidos.Aumentaron los ingresos domiciliarios en mil 703.En los años estudiadosse graduaron 271 y 381 especialistas I Grado respectivamente.

**Conclusiones**: se socializaronindicadores medibles producto a las transformaciones que muestran impacto positivo en Medicina Familiar. Crecieron las consultas en la Atención Primaria de Salud y por los MGI demostrando reorganización de los servicios, disminuyeron las consultas en los cuerpos de guardia, aumentaron los ingresos domiciliarios y los recursos humanos especializados en Primer Grado.

Palabras claves: Medicina Familiar, Atención Primaria de Salud, recursos humanos.

**INTRODUCCIÓN**

En 1963 se puso en práctica la atención integral sobre la base de un modelo asistencial a cargo de médicos en el policlínico y la realización de terreno por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios. Su éxito mayor fue disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa para la disminución de la mortalidad infantil.1

En los primeros años de la década de los 60, se implementaron en Cuba el Servicio Médico Rural y el Policlínico Integral; el primero para llevar los servicios de salud a las zonas rurales y montañosas más intrincadas del país y el segundo como unidad ejecutora básica del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención. Estos fueron los componentes esenciales del Sistema Nacional de Salud cubano constituido en 1968.2

Si bien el Sistema Nacional de Salud cubano nació para ejecutar un conjunto de medidas para el enfrentamiento de enfermedades infectocontagiosas, desnutrición, parasitismo, anemia y otras, el modelo de medicina familiar surgió en 1984 como parte de las transformaciones necesarias de la sociedad ante los nuevos retos.

En la década del setenta, se instauró un nuevo modelo (Policlínico Comunitario) que dio respuesta a los cambios ocurridos en el cuadro de salud donde predominaban las enfermedades crónicas. Así surge la medicina comunitaria que mantuvo los principios del policlínico integral, pero aplicó nuevos procedimientos. El nuevo modelo dotó a los policlínicos con especialistas en medicina interna, pediatría y ginecobstetricia con una elevación de la calidad de la visita domiciliaria realizada por el médico.1,3

En la década de los ochenta como respuesta a la necesidad que generaron las condiciones de salud y niveles de vida alcanzados, se inicia el modelo del médico de familia. La aparición de la medicina familiar persiguió eliminar la fragmentación y super especialización de la atención médica; combatir la despersonalización y uso indiscriminado de la tecnología; articular la asistencia dirigida hacia la dimensión comunitaria; canalizar la insatisfacción de la población con los servicios; responder a las transformaciones demográficas que conllevan a cambios en la morbilidad y mortalidad; establecer la emergencia de un pensamiento médico orientado al enfoque clínico, epidemiológico y social; y lograr un incremento cualitativo en la salud del pueblo.4

La formación del médico general integral tiene lugar en la propia comunidad en la que se forma un especialista con una alta calidad en los servicios que brinda a la población, en respuesta al encargo social del sistema cubano y gracias a la voluntad política del país en correspondencia con la situación económica, social y comunitaria.5

La cobertura de salud, según la Organización Mundial de la Salud referenciado por Castell-FloritSerrate y coautorías,6 es "la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población” siendo los escenarios de la Atención Primaria de Salud (APS) donde se sientan las bases fundamentales.

En el contexto cubano; el mismo referente teórico aborda que entre los factores favorecedores de la cobertura de salud se hallan:6

* La centralización metodológica nacional y descentralización de la planificación y ejecución de acciones de salud conjuntamente con la conducción programática integrada, a partir de la década de los 70.
* La existencia de la estrategia sanitaria orientada a la APS desde la década de los 60, incrementó paulatinamente el acceso y la cobertura de salud hasta llegar a 100 % en la actualidad.
* El modelo de atención se centra en la medicina familiar, con el programa del médico de la familia, a partir de 1984. El modelo tiene como características distintivas, el actuar a partir del Análisis de la Situación de Salud, la dispensarización de la población y el trabajo en equipo multidisciplinario.
* La red de servicios gratuitos a nivel nacional.
* El policlínico como centro, para coordinaciones internas de asistencia médica, docencia, investigaciones; interconsultas de las especialidades del segundo nivel de atención y del trabajo multidisciplinario entre servicios de salud (consultorios, clínicas estomatológicas, hospitales y otras instituciones). También para coordinaciones externas de acciones de salud con los individuos, las familias, la comunidad y sus sectores sociales.

El periodo comprendido entre el 2015-2016 el Sistema Nacional de Salud cubano se encontró insertado en la tercera etapa de evaluación de las transformaciones donde se ejecutaron acciones para conservar los conceptos fundacionales del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y la calidad de los servicios en los policlínicos. El objetivo fue satisfacer entre 70% y 80% de las necesidades de salud de la población en el nivel primario de atención; reorganizar los servicios de higiene, epidemiología y microbiología, en correspondencia con la situación nacional e internacional; mantener el principio de la educación en el trabajo durante los procesos docentes, asistenciales e investigativos en las universidades médicas cubanas; elevar el número de las investigaciones operacionales para optimizar la toma de decisiones; incrementar la exportación de los servicios médicos; y diversificar las fuentes de ingresos.7

Al seguir esta ruta delpensamiento y con las intenciones de compartir,en el año del XXXV aniversario de la fundación de la Medicina Familiar en Cubamarcado porel ascenso con creces del trabajo de la Medicina General Integral, en la provincia se realizó el presente estudio con el objetivo de socializar el impacto de la Medicina Familiar en la provincia de Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo yretrospectivo con el objetivo de socializar el impacto de la Medicina Familiar en la provincia de Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

Se manejaron como métodos teóricos: el histórico-lógico, el analítico-sintético y el inductivo-deductivo para el abordaje de los principales conceptos, la revisión de bibliografía actualizada sobre el tema, así como para la interpretación de los datos obtenidos y la conformación del artículo.

Dentro de los métodos empíricos se consumó el análisis documental de los informes anuales de la Dirección de Atención Primaria de Saluden el Sectorial Provincial de Salud Pública de Granma para valorar el comportamiento de los indicadores asistenciales de impacto con las transformaciones del sistema de salud y, como métodos estadísticos la distribución de frecuencias absolutas y la presentación de los resultados en gráficos para su posterior análisis y discusión.

Las variables e indicadores utilizados fueron: total de consultas en la APS y las realizadas por los Médicos Generales Integrales, determinaciones realizadas en los laboratorios clínico y microbiológico, estudios imagenológicos realizados (Rx y ultrasonidos), consultas en cuerpo de guardia e ingresos domiciliarios, así como cantidad de graduados en la especialidad MGI según grados obtenidos en los años estudiados.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La consulta es una actividad del encuentro y comunicación entre el paciente y su familia con el equipo básico de salud para el conocimiento y solución de los problemas identificados, y puede ser programada o a demanda.3

El gráfico 1 muestra el comportamiento, en los años de estudio y según los informes de balance de la Atención Primaria de Salud (APS) en Granma, de las consultas realizadas en la APS y las desarrolladas por el Médico General Integral como especialista ejecutor de las atenciones socio-médicas en este nivel de atención.En el 2016 superaron al año precedente y las propias al Médico General Integral en 496 mil 151 y 252 mil 002 respectivamente.

La provincia ha crecido con calidad, en la atención médica si se tiene en cuenta la cantidad de consultas realizadas en el Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia (CMF) a los individuos, y como referencia del avance se contracta con un estudio realizado por Gallardo y colaboradores8 en la propia provincia en los años 2010 y 2011. A juicio de los autores influyó la madures en las acciones implementadas por las transformaciones del sistema. El reordenamiento de los servicios en el primer nivel de atención provocó la visita planificada y ordenada al CMF por parte de los miembros de las familias, elemento rescatado del Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

No obstante, los municipios deRio Cauto, Jiguaní y Pilón disminuyen en ambos indicadores. Se evaluaron las causas con los decisores asistenciales y se tomaron estrategias de trabajo de control estadístico por las instancias superiores.

Se discrepa con Skeen y coautora9 en una investigación realizada en el municipio Plaza de la Revolución en La Habana sobre la asistencia de la población a los servicios médicos.

Durante los últimos 50 años el laboratorio clínico ha experimentado un auge en el aumento de las pruebas disponibles para arribar a diagnósticos, pronósticos, indicar o modificar tratamientos o indicar nuevas pruebas o procedimientos, ofreciéndole a cualquier prueba la relevancia médica que debe tener, pero en ocasiones no de la mejor manera.10

Todos los policlínicos de la provincia cuentan con servicios de laboratorio clínico y microbiológico con un trabajo sostenido en la resolutividadde los problemas. En el gráfico 2 se declara la cantidad de determinaciones realizadas enambos laboratorios durante el periodo analizado. En el 2016 se disminuyó en 52 mil 047 determinaciones en el laboratorio clínico, al año precedente; siendo los municipios que reducen las determinaciones: Rio Cauto, Jiguaní, Bayamo, Yara, Manzanillo y Pilón.

En el laboratorio microbiológico se aumentó en el 2016 con respecto al 2015 en 139 mil 819 determinaciones. Solamente el municipio Río Cauto disminuye este indicador.

En el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba citado por Espinosa Brito11 se insistió, que las autoridades de salud y del país, promovieran el empleo correcto del método clínico en la atención de los pacientes, "de manera que contribuya al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades". Los investigadores justifican a punto de partida de la aplicación del método clínico y control del mismo por los decisores provinciales se disminuyó en las determinaciones realizadas. Demostrando, con los resultados que se evidencian en esta investigación, el correcto uso del método clínico por los facultativos en la APS.

Los resultados, que se muestran en el gráfico 3,sentencian un aumento en los estudios imagenológicos realizados (24 mil 007 Rx y 8 mil 230 ultrasonidos)en la provincia durante los años 2015-2016. Solo disminuyen los municipios Guisa, Buey Arriba y Campechuela los estudios radiográficos. Rio Cauto, Cauto Cristo, Manzanillo, Niquero, Bartolomé Masó y Buey Arriba reducen los ultrasonidos realizados.

Estavariable constituye una brecha de control permanente por funcionarios del Sector, al no comportarse de manera satisfactoria al ritmo de las transformaciones del sistema durante la tercera etapa de implementadas.

El gráfico 4 justifica la disminución de las consultas ejecutadas en los cuerpos de guardia de la Atención Primaria de Salud, reportando una diferencia entre los años estudiados de 15 mil 113 consultas menos.

Constituye una de las ventajas en la APS la excelente selección que se consolida al conseguir un menor uso de especialistas y de urgencias.12

En la carpeta metodológica de la Atención Primaria de Salud citada por Morgado y colaboradores13 declara que el desarrollo y extensión del modelo de atención a lo largo de todo el país unido a las necesidades que surgían en los individuos y las familias de las comunidades contribuyeron a que muchas de estas técnicas se fueran sistematizando, como es el ingreso en el hogar, a este coadyuvó además el que apareciera el programa del médico, la enfermera, el policlínico y el hospital, haciéndose orientaciones referentes a su uso y a la necesidad de tener en cuenta las características del paciente, la enfermedad, la familia y la comunidad en el momento de decidir o no la pertinencia de su aplicación.

Todo lo contrario a las consultas en el cuerpo de guardia, los ingresos domiciliarios ascendieron en mil 703 durante el 2016 al compararlo en igual periodo de tiempo con el año 2015 (gráfico 4).Coincidiendo con Puchi Gomez14 como alternativa asistencial que consistióen dispensar un conjuntode atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en sudomicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Y de esta forma disminuyeron los indicadores ecnómicos y asistenciales de los hospitales bases e la provincia.

La especialidad de Medicina General Integral ha transitado 4 programas de formación, en correspondencia con el perfil del egresado y los escenarios de formación. El primer programa formativo de la especialidad comenzó en el año 1985 y contemplaba una duración de 3 años, de los cuales uno era de familiarización.La segunda versión del programa se establece en el año 1990, con igual tiempo de formación, adoptó el sistema modular. Se estableció el enfoque integral y multidisciplinario. Entre 1999-2000 se edita la tercera versión, que mantiene la formación en 3 años, se elimina el sistema de habilidades. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma específica en cada enfermedad. En el año 2004 se produce un nuevo cambio en el programa (cuarta versión) el cual se mantiene vigente. Reduce el tiempo de formación a 2 años. Se introduce una nueva función: Funciones especiales, en el perfil profesional, declarándose 61 habilidades específicas.15

En el gráfico 5 se visibiliza el aumento de los graduados de especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, al tomar como referencia de impacto el año 2016con 110 médicos más; inversamente a este resultado la promoción de especialistas al escalón de mayor madures profesional (Segundo Grado) disminuyó en seis profesionales.

La especialidad de Segundo Grado, considerada en las universidades de ciencias médicas como una fase cualitativa superior en la preparación de sus especialistas, se les otorga a aquellos cuya trayectoria científica, investigativa y de superación los distinga del resto de los profesionales.16 En la que aún quedan brechas en Granma para llegar a cumplir las demandas que el propio sistema provincial demanda.

Estos son datos que fluctúan según los años académicos motivado por las matriculas y las canteras de profesionales para optar por los grados primero y segundo de la especialidad de MGI respectivamente. Además, existió insuficiente planificación y control de los planes de desarrollos individuales por los jefes inmediatos de los profesionales que le correspondían promover.

Los autores reflexionan que lo que hasta aquí alcanzado no constituye satisfacción alguna, solo forma parte de una evaluación parcial de lo realizado en la APS durante los años 2015-2016 y,coinciden con lo expresado por el Ministro de Salud Pública17 en el Acto de Celebración por el 35 Aniversario del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en Cuba cuando dijo: “Los avances actuales del Sistema Nacional de Salud, requieren seguir perfeccionando el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, con el objetivo de continuar elevando la calidad de los servicios, y con ello, los indicadores de salud y el estado de satisfacción de la población cubana; no podemos olvidar que este programa se erige como eje estratégico de desarrollo y componente fundamental de la sostenibilidad del propio sistema”.

A modo de conclusión, se socializaron indicadores medibles producto de acciones implementadas por las transformaciones del sistema nacional de salud que muestran impacto positivo de la Medicina Familiar. Crecieron las consultas realizadas en la Atención Primaria de Salud y por los MGI demostrando reorganización de los servicios. Aumentaron las determinaciones realizadas en el laboratorio microbiológico y los estudios imagenológicosfundamentalmente ultrasonidos. Decrecieron las consultas en los cuerpos de guardia, aumentaron los ingresos domiciliarios y los recursos humanos especializados en Primer Grado de Medicina General Integral.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alemañy E, Díaz-Perera G. Family medicine in Cuba. Medwave2013;13(3):e5634 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5634
2. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, Guerrero Chacón SE, Pérez Charbonier C. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. RevPanam Salud Publica. 2018;42:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>
3. Márquez M, SansóSoberat FJ, Alonso Galbán P. Medicina General. Medicina Familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2011.
4. Barbosa León N. La medicina familiar en Cuba, un logro de la Revolución. En: Granma [internet] 2018 [citado 2019 ene 09]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-06-28/la-medicina-familiar-en-cuba-un-logro-de-la-revolucion-28-06-2018-16-06-15>
5. Presno Labrador C, González Cárdenas L. Medicina familiar en Cuba: comienzo, presente y futuro. Rev Atención Primaria [internet] May 2007 [citado 2019 ene 06]. 39(5);221-276. DOI: 10.1157/13101802. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicina-familiar-cuba-comienzo-presente-13101802>
6. Castell-FloritSerrate Pastor, Gispert Abreu Estela de los Ángeles, Lozano Lefrán Anabel. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2019 Ene 08] ; 41( Suppl 1 ). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es>.
7. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-FloritSerrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega NC, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. RevPanam Salud Publica. 2018;42:e25. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>
8. Gallardo-Sánchez Y, García-Rodríguez E, Núñez-Ramírez L. La Medicina Familiar en Granma: logros y perspectivas. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Ene 9]; 16(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/573>
9. SKEEN GONZALEZ MM, ZABALA ARGUELLES MC. Opiniones y valoraciones de la población sobre las transformaciones del Sistema de Atención Primaria de Salud Pública. Estudios del Desarrollo Social [online]. 2018 [citado 2019-01-09];6(2):104-131. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322018000200007&lng=es&nrm=iso>
10. Escobar Carmona E. Los exámenes de Laboratorio Clínico en el siglo XXI: ¿a favor o en contra del método clínico?.Gacmédespirit [Internet]. [citado 2019 Ene 9];12(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1546>
11. Espinosa Brito Alfredo Darío. Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico. Rev cubana med [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Ene 09] ; 56( 2 ): 150-154. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232017000200009&lng=es>.
12. Rosas Prieto Alex Moisés, Narciso Zarate Victor, Cuba Fuentes María Sofía. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta méd. peruana [Internet]. 2013 Ene [citado 2019 Ene 10] ; 30( 1 ): 42-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es>.
13. Morgado Bode YL, Ramos Carménate ÁI, Yusdani Pérez Castellanos YP, Consuegra Valle A, Hernández Díaz M. Comportamiento de las Orientaciones Metodológicas del Ingreso en el Hogar..Gacmédespirit [Internet]. 2017 [citado 2019 Ene 10];8(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1489>
14. Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. Aquichan 2018; 18(2):186-197. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.6
15. Ramos Hernández Rosalina, Díaz Díaz Alejandro Antuan. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de evaluación de residentes de Medicina General Integral. EducMedSuper [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Ene 10] ; 29( 3 ). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300018&lng=es>
16. Oropesa Molerio Mariela Rosa, Guevara de León Tamara, Endo Milán Jesús Yasoda. Seconddegree: A ChallengeforthespecialtyofComprehensive General Medicine. EDUMECENTRO [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Ene 10] ; 9( 1 ): 264-270. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100017&lng=es>.
17. INFOMED. Intervención del ministro de salud pública Dr. José Ángel Portal Miranda en la gala conmemorativa por el 35 aniversario de la fundación del programa del médico y enfermera de la familia [en internet]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2019/01/09/reconoce-ministro-de-salud-publica-los-medicos-y-enfermeras-de-la-familia>