



El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba

Lilia Turquina González Cárdenas,¹ Leonardo Cuesta Mejías,¹ Lizette Pérez Perea,² María Clarivel Presno Labrador,¹ Ivonne Elena Fernández Díaz,¹ Teresa de la Caridad Pérez Díaz,¹ Sarah Elisa Guerrero Chacón,¹ y Caridad Pérez Charbonier³

Forma de citar

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. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.31>

RESUMEN

El modelo de medicina familiar cubano se desarrolla, desde hace más de tres décadas, como el tercer modelo de atención médica del período revolucionario en Cuba. Es la expresión más acabada de la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud. Aún muestra potencial para la mejora en la organización, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud en el primer nivel de atención de salud. El objetivo esencial de este trabajo es describir el modelo, sus singularidades, sus elementos distintivos, y sus principales logros, retos y desafíos. Se realizó una revisión documental en artículos de revistas, libros y documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública de Cuba sobre la creación y desarrollo del modelo, seleccionados y analizados por expertos para la elaboración del presente informe. Se presentan elementos conceptuales del modelo, así como indicadores que sustentan la información. En este trabajo se identificaron las principales características de la medicina familiar en Cuba, sus logros fundamentales, retos y desafíos. Con base en sus resultados, se concluye que el modelo de medicina familiar de Cuba es un referente para la Región de las Américas. Es aún un modelo en desarrollo, perfectible y susceptible de transformaciones para enfrentar nuevos retos, el mayor de los cuales será renovar el modelo manteniendo y fortaleciendo las ideas fundacionales del programa.

Palabras clave

Atención primaria de salud; medicina familiar; evaluación de programas y proyectos de salud; Cuba.

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. En este período, se ejecutó un conjunto de medidas concretas de promoción, protección y

recuperación de la salud, dirigidas fundamentalmente al enfrentamiento a los daños a la salud (provocados, sobre todo, por enfermedades infectocontagiosas, desnutrición por defecto, parasitismo, anemia, entre otras) por un equipo integrado por médicos generales, auxiliares de enfermería, estomatólogos, trabajadores sanitarios, sociales y estadísticos (1–3).

¹ Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba. Enviar la correspondencia a Leonardo Cuesta Mejías, leonardo.cuesta@infomed.sld.cu

² Organización Panamericana de la Salud, Cuba.

³ Ministerio de Salud Pública, Cuba.

Los resultados de esta experiencia fueron satisfactorios y se extendieron a todo el país a través de los denominados “programas básicos del área de salud” como elemento inherente a la conducción programática que caracteriza al sistema de salud cubano desde sus inicios (4, 5).

Para responder a las crecientes demandas de salud de la población, prevención de enfermedades y otros daños, se inicia, en la década de los 70, una propuesta renovadora: el modelo de medicina en la comunidad, que mantuvo los principios básicos de los policlínicos integrales con nuevos fundamentos y procedimientos (4, 5).

Este modelo se caracterizó por el perfeccionamiento y desarrollo de una serie de componentes tales como: sectorización, regionalización, integralidad, trabajo en equipo, continuidad de la atención, participación de la comunidad en las tareas sanitarias y dispensarización. Sus principales logros fueron el control de las enfermedades no transmisibles y la introducción de la docencia y la investigación en el primer nivel de atención (6, 7).

De esta manera, Cuba logró un avance extraordinario en la aplicación de los elementos distintivos de la APS, mucho antes de que estos fueran conceptualizados en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 (7, 8).

A pesar de estas transformaciones y logros, el modelo de medicina en la comunidad, por diferentes razones, entre ellas la tendencia a la superespecialización, la fragmentación de la atención médica y la falta de una atención integral y proactiva al individuo, la familia y la comunidad con el predominio de un enfoque biologicista de la atención, vio agotadas sus posibilidades de respuesta a la problemática de salud de la población y, en especial, a la insatisfacción de esta con los servicios de salud que recibía (7, 9).

En 1984, y como vía para la solución a los problemas antes planteados, el gobierno de Cuba implementó en el país el modelo de medicina familiar, el cual luego de sucesivas transformaciones, motivadas por el contexto siempre cambiante, perdura hasta nuestros días (7).

El país logró, como se mencionó, adelantarse en casi quince años a la consecución de las metas, enmarcadas en la proyección “Salud para todos en el año 2000” planteadas en la referida reunión de Alma-Ata (7, 8).

En la Región de las Américas, Cuba es reconocida por los resultados de su sistema de salud y, de manera particular, por la aplicación de la estrategia de APS, la cual se concreta hace más de tres décadas con el desarrollo y perfeccionamiento del modelo cubano de medicina familiar (10, 11).

Constituye un objetivo primordial del presente trabajo describir el modelo, sus singularidades y sus elementos distintivos, sus principales logros, retos y desafíos.

Desarrollo

El desarrollo de una profunda revolución social y la voluntad política propiciaron que la práctica sanitaria se basara sobre todo en un enfoque de APS a favor de la equidad desde 1959.

A pesar de los esfuerzos realizados y los resultados alcanzados en los dos decenios siguientes, existían varios problemas que apuntaban hacia la necesidad de introducir cambios en el sistema de salud (12, 13), como la fragmentación y superespecialización de la atención médica; la despersonalización y uso indiscriminado de la tecnología; los programas de salud dirigidos fundamentalmente hacia la dimensión biológica; la insatisfacción de la población con el servicio; los cambios demográficos y cambios en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población; la elevación del nivel cultural de la población; la emergencia de un pensamiento médico orientado al enfoque clínico epidemiológico y social; y la necesidad de lograr un incremento cualitativo de la salud de la población.

Es así que en el país se asume que el modelo cubano de medicina familiar es la única forma de enfrentar la situación antes descrita y lograr salud para todos. La adopción de este modelo constituyó el resultado de un proceso de construcción institucional, en el que cada etapa tuvo como meta responder a las exigencias del perfil epidemiológico de la población y a su nivel de satisfacción (14).

El 4 de enero de 1984 se inicia en el Policlínico de Lawton, en el municipio 10 de Octubre en La Habana, capital del país, el modelo cubano de medicina familiar, también denominado “Plan del Médico de las 120 Familias”, Médico de la Familia o Médico de la Comunidad, con diez dúos de médicos y enfermeras, que constituyeron los diez primeros

equipos básicos de salud (EBS) que laboraron en los consultorios médicos de la familia (CMF). Cada uno de estos equipos brindaba atención médica integral a un promedio de 600 a 700 personas, aproximadamente 120 familias, de ahí su primera denominación. Se declaró como objetivo principal del programa mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en su vinculación estrecha con la comunidad (15).

La experiencia en dicho policlínico se extendió rápidamente al resto del país y, antes de finalizar el primer año del programa, ya trabajaban 237 médicos de familia. En los primeros seis años de existencia del modelo, la cifra de médicos se elevó a casi 12 000, lo cual garantizó una cobertura con equidad a más de siete millones de habitantes (65% de la población del país) (16).

El trabajo del EBS se complementaba con un grupo de especialistas en funciones de supervisión integrado por médicos especialistas de medicina interna, pediatría y ginecología y obstetricia y psicólogos, además de profesionales o técnicos de estadísticas, higiene y epidemiología y trabajo social. Todos formaron, en conjunto, un promedio de 15 a 20 EBS por área de salud, el grupo básico de trabajo (GBT) (17).

El desarrollo de actividades básicas como la dispensarización, el análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial, el ingreso en el hogar y la atención a personas en estadio terminal, representan desde el inicio singularidades del modelo de medicina familiar cubano, junto con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud y de rehabilitación que garantizan el cumplimiento del objetivo principal del programa (16–18).

La dispensarización es un proceso organizado continuo y dinámico que permite la evaluación e intervención planificada y programada; está liderado y coordinado por el equipo básico de salud, sobre la situación de salud de las personas y familias. Se divide en dos fases: el registro y la clasificación en grupos dispensariales (supuestamente sanos, con riesgo, enfermos y discapacitados) los cuales deben ser evaluados de forma integral con una frecuencia mínima según el grupo al que pertenezca la persona.

El análisis de la situación de salud es el proceso mediante el cual se estudia la situación de salud de una comunidad para identificar sus principales problemas y se definen estrategias de intervención para mejorar su estado de salud con un enfoque multidisciplinarios, participación comunitaria e intersectorialidad. Los problemas se ordenan según su prioridad y se elabora un plan de acción con evaluación sistemática de su cumplimiento.

El ingreso en el hogar es la atención diferenciada que brinda el equipo básico de salud en el domicilio del paciente cuando este requiere evaluación diaria, reposo, encamamiento o aislamiento, pero que no requiere de la infraestructura hospitalaria.

La atención a pacientes en estadio terminal es la atención diferenciada a personas que, por su condición de edad o de morbilidad, requieren de acciones específicas para garantizar su calidad de vida y dignidad al encontrarse en la etapa final de su vida. Dentro de este grupo se suele incluir a adultos mayores con afecciones crónicas o agudas o procesos tumorales malignos que hacen inferir que se encuentran cercanas a su fallecimiento.

Como parte del proceso de perfeccionamiento constante del modelo, se implementó en 1987 el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), que un año más tarde se conocería como el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital.

Este programa propició la planificación de las actividades a partir de la familia pero sin olvidar las acciones específicas que correspondían a la mujer, al niño, al adolescente, el adulto y al adulto mayor de forma integral. Este no solo reflejaba, como indica su nombre, las acciones a desarrollar por el EBS, sino también las correspondientes al GBT, el policlínico y los hospitales de referencia, como garantía de otro elemento esencial de este modelo, la continuidad de la atención a la población (19).

Para poder cumplir con el objetivo propuesto, era imprescindible contar con profesionales capacitados para el desempeño de las nuevas misiones del sistema de prestación de servicios. Esto determinó el perfeccionamiento de la formación de recursos humanos con la ejecución de un nuevo plan de estudios para la carrera de medicina, basado en la identificación de los problemas de salud

de la población y con un perfil de salida orientado a la APS.

Además, aumentó la cantidad de facultades de ciencias médicas del país y se logró una mayor disponibilidad de estos profesionales, así como su formación en sus propios territorios de vida y trabajo (20, 21).

Con el inicio del modelo de medicina familiar en Cuba, comenzó en 1984 el desarrollo de una nueva especialidad, la medicina general integral. Los primeros especialistas de esta disciplina se graduaron en 1987. Para su formación con nuevas competencias y un nuevo desempeño centrado en la atención al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, se elaboraron los libros de textos, programas de formación de la especialidad, modelos y registros que respondieron a las exigencias del momento (21–23).

En la década de los 90, Cuba enfrentó la más cruenta crisis económica a raíz de los cambios geopolíticos a nivel mundial y el bloqueo económico y financiero que rige desde la década del 60.

Estos hechos tuvieron un gran impacto negativo en todas las esferas del país, no solo la económica, sino también en la salud. Por ejemplo, se vio limitada de manera extraordinaria la disponibilidad de recursos, se afectó la construcción y el mantenimiento de las instituciones de salud, incluyendo los CMF y disminuyó el suministro de reactivos y medios diagnósticos.

Aún en las muy difíciles condiciones de este período se mantuvieron y mejoraron los principales indicadores de salud (cuadro 1), lo que evidenció la capacidad de respuesta del sistema de salud cubano basado en el desarrollo y generalización del modelo de medicina familiar en el país (24).

Es de señalar que, aun después de diez años de una grave crisis económica, se multiplicó dos veces y media el número de médicos de familia con relación al año 1990. Para esa fecha, también se había logrado y se mantenía la atención del 100 % de la población cubana por médicos de familia (cuadro 1).

En el año 2002, se implementó un conjunto de transformaciones que permitieron llevar al policlínico, en el primer nivel de atención, y acercar a la población servicios de salud como realización de ultrasonidos, endoscopías y drenaje biliar duodenal (desde hace algunos años en desuso), servicios de optometría, de estomatología, de medicina natural y tradicional y áreas de rehabilitación integral, entre otros. Hasta ese momento, estos servicios se brindaban solo en instituciones del segundo nivel de atención. Todas estas acciones estuvieron dirigidas a eliminar antiguas insatisfacciones de usuarios y prestadores. Estos últimos fueron beneficiados con la creación de bibliotecas en todos los policlínicos, con servicios informatizados y acceso a la red telemática de la salud cubana conocida como Infomed, lo cual sin dudas contribuye a combatir el aislamiento relativo de los médicos de familias ubicados en los consultorios de la comunidad (25).

El perfeccionamiento constante del sistema determinó que, a partir del año 2010, se iniciara un proceso de transformaciones necesarias caracterizado por tres elementos esenciales: la reorganización, la compactación y la regionalización de los servicios de salud, para ofrecer solamente aquellos necesarios según las características de las áreas de salud con la finalidad de hacerlos más eficientes y sostenibles (26).

Estas transformaciones, junto con los cambios demográficos, epidemiológicos

CUADRO 1. Indicadores de salud según años seleccionados

Indicador	Años			
	1985	1990	2000	2016
Mortalidad infantil ^a	16,5	10,7	7,2	4,3
Mortalidad en menor de 5 años ^a	19,6	13,2	9,1	5,5
Bajo peso al nacer ^b	8,2	7,6	6,1	5,2
Ingresos hospitalarios ^c	16	15,2	11,9	11,4
Habitantes por médico	439	274	170	125
Número de médicos de familia	237	11 915	30 726	46 302
Población atendida por médicos de familia ^a	1,7	54,8	100	100

^aTasa por cada 1000 habitantes.

^bExpresado en porcentaje.

^cTasa por cada 100 habitantes.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud de Cuba, 2016.

y sociales que sucedían en el país, llevaron a la actualización del modelo en algunos de sus elementos, que

aparecieron en el nuevo Programa Médico y Enfermera de la Familia del 2011 (26).

En este programa se señalan las premisas generales que determinan el accionar de los actores fundamentales y definen el número de EBS por cada área de salud que garantice la atención integral de calidad a una población de hasta 1 500 habitantes en cada una de ellas. Utiliza el modelo de planificación de acciones de salud para la organización del trabajo del EBS, prioriza las actividades de consulta y define dos visitas de terreno por semana para el médico.

Las fortalezas y potencialidades del modelo de medicina familiar cubano han tenido un indiscutible impacto en nuestra población (27, 28) (cuadros 2 y 3).

En el recuadro 1 se presentan otros resultados (29):

CUADRO 2. Distribución de consultas externas y de cuerpo de guardia según el nivel de atención

Nivel de atención	2015		2016	
	N	%	N	%
Consultas externas	68 744 699	100,0	71 594 464	100,0
Hospitalarias	5 293 342	7,7	5 154 801	7,2
Primer nivel de atención	63 451 357	92,3	66 439 663	92,8
Por médico de familia	51 421 035	74,8	54 125 415	75,6
Consultas en servicio de urgencias	20 412 903	100,0	18 286 319	100,0
Hospitalarias	7 879 381	38,6	7 277 955	39,8
Primer nivel de atención	12 533 522	61,4	11 008 364	60,2
Otras				
Consultas de terreno	15 001 781		16 376 473	
Ingresos en el hogar	438 473		425 530	

Fuente: Anuario Estadístico de Salud Cuba, 2015 y 2016.

CUADRO 3. Lecciones aprendidas

Problema presentado	Modo de enfrentamiento
Inexistencia de consultorios del médico de familia	La población y algunos centros laborales aportaron locales. Fueron adaptados para consultorios. Se ejecutó programa de construcción de consultorios. Donde no fue posible, se compartieron locales de consulta por más de un equipo básico de salud, alternando la actividad de terreno y consulta.
Necesidad de que el médico y la enfermera vivan en la comunidad donde laboran	Se construyeron viviendas para médicos y enfermeras además de los consultorios. El gobierno determinó que cada edificio que se construyera para la población destinara un apartamento para consultorio, uno para vivienda del médico y uno para vivienda de la enfermera.
Mantenimiento de los consultorios	Diferentes organismos de la comunidad fueron designados para este mantenimiento. El gobierno estableció presupuesto al efecto.
Necesidad de cubrir períodos de ausencia del médico o enfermera de los consultorios	Se cubrió por equipos básicos de salud (EBS) por cercanía geográfica de sus consultorios, ante la ausencia de algunos de los integrantes es cubierto por otro de los integrantes del trío. También se incluyó, en el personal de cada policlínico, 10% de médicos de reserva para cubrir los períodos más prolongados de ausencia.
Necesidad de capacitación y superación del personal	Actividad docente como parte del programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, una tarde a la semana para la capacitación de los equipos básicos de salud. Especialización en medicina general integral de todos los médicos de familia. De la misma manera, todas las enfermeras pueden hacerse profesionales y especialistas.
Necesidad de socializar la actividad científico investigativa de los médicos y enfermeras de la familia	Creación de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar y de la Revista Cubana de Medicina Familiar. Realización de jornadas científicas a nivel de los policlínicos, de los municipios y de las provincias. Congresos y Jornada Nacional de Medicina Familiar. Participación en múltiples eventos nacionales e internacionales.
Aislamiento del equipo básico de salud	Creación del grupo básico de trabajo. Especialistas básicos y profesionales técnicos del primer nivel de atención comparten la responsabilidad de la atención de la población y de manera conjunta enfrentan su problemática de salud. El policlínico como centro de coordinación y apoyo de toda la actividad de los consultorios.
Necesidad de garantizar el flujo de la información	Establecimiento de mensajería entre el consultorio y el policlínico, y dotación a todos los consultorios de la comunidad con números telefónicos.
Déficit de médicos o enfermeras	El cumplimiento de compromisos internacionales y la salida en gran cantidad de personal médico o de enfermería en breve tiempo se han suplido con la ubicación de residentes de la especialidad e incluso de internos en su práctica preprofesional a laborar solos en consultorios cuidando de asignarles un especialista en medicina general integral de un consultorio cercano como tutor y responsable de la atención de la población.
Necesidad de la atención a trabajadores y estudiantes	Horario deslizando, un día a la semana, los equipos básicos de salud desplazan una de sus sesiones de trabajo al horario de 4 a 7 pm, para atender trabajadores o estudiantes que no pueden acudir en el horario habitual.
Reclamo de la población de mayor estabilidad del médico y enfermera en el consultorio	Se disminuyeron las sesiones de terreno de cinco a dos semanales. Incremento de sesiones en consulta de cinco a ocho semanales.
Dificultad de localización del médico o la enfermera cuando están en el terreno y necesidad de conocer el cronograma de trabajo por parte de la población	Colocación en la puerta del consultorio de una pancarta informativa con los horarios de consulta y terreno de la semana y hoja de localización del personal del equipo básico de salud en sus ausencias del consultorio.
Necesidad de conocer la satisfacción de la población con los servicios prestados por el equipo básico de salud	Se realizan encuestas sistemáticas que se analizan en las Reuniones mensuales de los grupos básicos de trabajo, así como se conoce de las reclamaciones o quejas presentadas en la oficina de atención a la población de cada policlínico. De manera sistemática, la Dirección del Policlínico da respuesta a los planteamientos que recoge en forma periódica el delegado de la circunscripción del Poder Popular (ente de gobierno local) donde está localizado el consultorio. El médico y la enfermera de familia participan también de manera sistemática en las rendiciones de cuenta del este gobernante local a sus electores y allí, de existir algún planteamiento con relación a los servicios de salud, da respuesta al mismo.

Fuente: elaboración de los autores.

RECUADRO 1. Resultados obtenidos a partir del modelo de medicina familiar

- Organización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y otros daños enfocadas a modificar estilos de vida y evitar los factores de riesgo.
- Acercamiento de los servicios de la salud a la comunidad.
- La cobertura vacunal superior a 98,7% en menores de un año para nueve enfermedades. Desde el año 2016, la población infantil cubana está protegida de 13 afecciones prevenibles con vacunas.
- La captación temprana de más de 95% de las mujeres embarazadas antes de las 12 semanas de gestación, lo que ha permitido elevar la calidad de la atención prenatal.
- En 2016, las consultas externas en el primer nivel de atención representaron 92,8% del total, y las consultas de cuerpo de guardia el 61,4%.
- Incremento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.
- Mayor acceso a la fisioterapia y rehabilitación, gracias a la extensión de los servicios y por prescripción de este tratamiento en mayor número de afecciones.
- Consolidación de las prácticas de medicina natural y tradicional.
- Descenso de la estada hospitalaria de 6,4 días en 1990 a 4,7 en 2016, entre otros elementos gracias a la capacidad resolutoria y el seguimiento de pacientes con alta temprana en el primer nivel de atención.
- Aumento de las acciones de planificación familiar y de educación sexual con resultados positivos, el porcentaje de cobertura anticoncepcional total es superior a 77% desde hace más de una década. Se destaca que el uso del condón se ha incrementado en 2,4 veces durante las dos últimas décadas.
- Elevación de la esperanza de vida al nacer a 77 años en los hombres y 81 años en las mujeres.

RECUADRO 2. Medidas tendientes a fortalecer el primer nivel de atención.

- Introducción de las nuevas tecnologías.
- Fortalecimiento del método clínico.
- Elevación de la capacidad resolutoria.
- Estabilidad del EBS y completamiento del GBT.
- Sostenibilidad de la cobertura y mayor accesibilidad a los servicios de salud.
- Garantía de la continuidad de la atención con un sistema de referencia y contrarreferencia pertinente.
- Desarrollo de la eSalud y creación de un sistema de informatización en red que facilite la gestión de la información entre las instituciones de salud de los diferentes niveles del sistema de salud.
- Sistematización de la investigación y la introducción de sus resultados en la práctica.
- Renovación del modelo de medicina familiar sin renunciar a sus conceptos fundacionales.
- Adecuar los servicios de salud al envejecimiento poblacional que enfrenta el país.
- Desarrollo de la intersectorialidad y participación comunitaria para el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles como primeras causas de enfermedad y muerte de la población cubana.

EBS, equipo básico de salud; GBT, grupo básico de trabajo.

El incremento de la formación de recursos humanos y la planificación adecuada desde la base posibilitan el cumplimiento de compromisos internacionales sin afectar la cobertura de la población. En la actualidad, Cuba mantiene personal de la salud para la colaboración en 62 países, con médicos y enfermeras de la familia como el componente fundamental (30, 31).

La medicina familiar cubana se enfrenta hoy a nuevos retos y desafíos para su perfeccionamiento, impuestos por el desarrollo social, tecnológico y las

demandas crecientes de la población en el contexto actual. Esto implica realizar un fortalecimiento del primer nivel de atención con la mejora continua de la calidad de los servicios, incluida la satisfacción de usuarios y prestadores mediante las siguientes medidas (recuadro 2) (32–34).

CONCLUSIONES

El modelo de medicina familiar de Cuba es, por sus resultados, un referente

para la Región de las Américas. Distincuen a este modelo el uso sistemático del análisis de la situación de salud para la identificación y enfrentamiento de los problemas de salud de la población. La dispensarización, proceso para la clasificación de la población y su seguimiento con el cumplimiento de una frecuencia mínima de evaluación, es otro elemento que, junto a la actividad de terreno y muy en especial del ingreso en el hogar, singularizan a la medicina familiar en Cuba.

Después de más de tres décadas, es aún un modelo en desarrollo, perfectible y susceptible de transformaciones para el enfrentamiento de los nuevos retos y desafíos con el propósito del mejoramiento del estado de salud de la población cubana. El mejor empleo del método clínico y epidemiológico, la garantía de la continuidad de la atención, el perfeccionamiento de la participación comunitaria y de la intersectorialidad son de los retos más importantes que enfrenta el modelo.

El mayor desafío será realizar un proceso de renovación del modelo, al mismo tiempo que se mantengan y fortalezcan las ideas fundacionales del programa.

En este empeño, el talento humano muy especializado, competente y formado en valores de humanismo, solidaridad e internacionalismo es su principal baluarte.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* / *Pan American Journal of Public Health* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. *Rev Cubana Salud Publica*. 2005;31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es Acceso el 5 octubre de 2017.
2. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2003;19(1):56–62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es Acceso el 5 de octubre de 2017.
3. Placeres Hernández J, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. *Rev Med Electron*. 2014;36(2):124–6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es Acceso el 30 de agosto de 2017.
4. Alemañ E, Perera Díaz G. Medicina Familiar en Cuba. *Medwave*. 2013;13(3):e5634-5634. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5634?ver=sindis=en> Acceso el 30 de agosto de 2017.
5. Rojas Ochoa F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960–2010. *Rev Cubana Salud Publica*. 2015;41(1):11–19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.

6. Vela Valdes J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959–2014. Tesis para el grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana; 2016. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/405/490> Acceso el 1 de octubre de 2017.
7. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es Acceso el 30 de agosto de 2017.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Acceso el 20 de setiembre de 2017.
9. López Puig P, Segredo Pérez AM, García Milian AJ. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(1):75-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es Acceso el 30 de agosto de 2017.
10. Castell-FloritSerrate P, Gispert Abreu E, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(Su1):48-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
11. Segredo Pérez Alina María, Perdomo Victoria Irene. La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. *Educ Med Super*. 2012;26(2):294-306. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200011&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
12. Vidal Ledo M, Salas Perea RS. Fidel Castro y la docencia médica cubana. *Educ Med Super*. 2017;31(1):277-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000100024&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
13. Cuesta Mejías LA, Presno Labrador C. La Medicina General Integral una especialidad clínica con un verdadero enfoque biopsicosocial de la salud de la población. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013;29(4):379-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400011&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
14. Plan del Médico de la Familia en Cuba, UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas, OPS-OMS (Organización Panamericana de la Salud), MINSAP (Ministerio de Salud Pública de Cuba). La Habana: MINSAP; 1992.
15. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2014;30(3):364-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es Acceso el 30 de setiembre de 2017.
16. Gallardo Sánchez Y, Rodríguez Noguera Y, Gallardo Arzuaga L, Fonseca Arias M. El ingreso domiciliario como indicador de impacto en el primer nivel de atención. *Rev 16 de Abril*. 2015;54(257):91-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15257j.pdf> Acceso el 30 de setiembre de 2017.
17. Martínez Calvo S. Renovación del análisis de situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(4):752-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
18. Quintero RSG, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Rev Inf Cient*. 2017;96(3):181-92. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297/642> Acceso el 30 de setiembre de 2017.
19. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP; 1988:7-24.
20. Márquez M, Sanso Soberat F, Alonso P. Medicina General y Medicina Familiar. Experiencia Internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011:112-20.
21. Lemus Lago ER, Pérez Sánchez AM. Social development through the model for the formation of the specialist in comprehensive general medicine in Cuba. *Educ Med Super*. 2013;27(3):275-87. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013&lng=es Acceso el 30 de setiembre de 2017.
22. Vela Valdés J. La formación masiva de médicos como factor clave en la cobertura sanitaria universal en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(S1):20-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500004&lng=es Acceso el 30 de setiembre de 2017.
23. Pupo Ávila NL, Hechavarría Toledo S. Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2014;30(4):449-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400006&lng=es Acceso el 1 de octubre de 2017.
24. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. La revolución de la atención primaria en Cuba cumple 30 años. 2008;86:321-416. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-030508/es/> Acceso el 30 de setiembre de 2017.
25. Martínez Calvo S. Un breve comentario sobre el modelo de Medicina Familiar en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016;35(4). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/202/112> Acceso el 30 de setiembre de 2017.
26. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salud-publica.pdf> Acceso el 1 de octubre de 2017.
27. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
28. Martínez Calvo S. La cobertura universal y la conducción epidemiológica del sistema de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2015;41(1):57-68. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/635/501> Acceso el 1 de octubre de 2017.
29. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: Ecimed; 2011.
30. Alves Campos SM, Proença de Oliveira F, Martins Matos MF, Pacheco Santos LM, Delduque MC. Cooperación internacional y la escasez de médicos: análisis de la interacción entre Brasil, Angola y Cuba. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(7): 2223-35. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000702223&lng=en Acceso el 30 de setiembre de 2017.
31. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36(3):254-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300010&lng=es Acceso el 26 de setiembre de 2017.
32. García Pérez RP, Ballbé Valdés A, Iglesia Almansa NR. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. *Educ Med Sup*. 2015;29(3):660-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300023&lng=es Acceso el 30 de setiembre de 2017.
33. Envejecimiento poblacional, un desafío para la atención primaria de salud. *Acta Médica del Centro*. 2015;9(4):1-3. Disponible en: <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/download/306/442>. Acceso el 5 de octubre de 2017.
34. Sosa García D, García Suárez SM, Oliva Martínez MM, Durand DR, Fernández Guzmán J. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. *Rev Cubana Salud Pública*. 2017;43(3):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300002&lng=es Acceso el 5 de octubre de 2017.

Manuscrito recibido el 27 de abril de 2017. Aceptado para publicación, tras revisión, el 22 de diciembre de 2017.

The Family Doctor and Nurse Program: development of the health care model in Cuba**ABSTRACT**

The Cuban family medicine model has been developed, for more than three decades, as the third model of medical care of the revolutionary period in Cuba. It is the complete expression of the application of the primary health care strategy. However, it is still possible to improve the organization, quality and efficiency of health services in the first level of health care. The objective of this article is to describe the model, its singularities, distinctive elements, main achievements, and challenges. A documentary review was made from journal articles, books and official documents of the Ministry of Public Health of Cuba on the creation and development of the model; documents were selected and analyzed by experts for the preparation of this report. Conceptual elements of the model are presented, as well as indicators supporting the information. The main characteristics of family medicine in Cuba, its fundamental achievements, and challenges are presented. Based on its results, Cuba's family medicine model is a reference for the Region of the Americas. It is still a model in development, however, perfectible and susceptible to transformations to face new challenges, more importantly to renew the model keeping and strengthening the foundational ideas of the program.

Keywords

Primary health care; family practice; program evaluation; Cuba.

O Programa de Médicos e Enfermeiras da Família: desenvolvimento do modelo de saúde em Cuba**RESUMO**

O modelo cubano de medicina familiar foi desenvolvido, há mais de três décadas, como o terceiro modelo de assistência médica do período revolucionário em Cuba. É a expressão mais completa da aplicação da estratégia de atenção primária à saúde. Ainda mostra potencial de melhoria na organização, qualidade e eficiência dos serviços de saúde no primeiro nível de cuidados de saúde. O objetivo essencial deste trabalho é descrever o modelo, suas singularidades, elementos distintivos, principais conquistas, e desafios. Para isso, foi feita uma revisão documental em artigos de revistas, livros e documentos oficiais do Ministério da Saúde Pública de Cuba sobre a criação e desenvolvimento do modelo, selecionados e analisados por especialistas para a elaboração deste relatório. Os elementos conceituais do modelo são apresentados, bem como indicadores que suportam a informação. Identificamos as principais características da medicina familiar em Cuba, suas conquistas fundamentais, e desafios. Com base em seus resultados, conclui-se que o modelo de medicina familiar de Cuba é uma referência para a Região das Américas. Ainda é um modelo em desenvolvimento, perfectível e susceptível a transformações para enfrentar novos desafios, o maior dos quais será renovar o modelo com a manutenção e fortalecimento das idéias fundamentais do programa.

Palabras-chave

Atenção primária à saúde; medicina de família; avaliação de programas e projetos de saúde; Cuba.
