

Evolución de la medicina familiar matancera

Evolution of the Matanzasan family medicine

Dra. Ena Mc Farlane Martínez, Dra. Amparo Costa Méndez, Dra. Marta Nelia Quintana Martínez, Dra. María Caridad Cañizares Cárdenas

Dirección Provincial de Salud. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Se hace una historia de la evolución que ha tenido la medicina familiar matancera, desde su surgimiento en el año 1985 hasta la actualidad, a través de los sucesos que desde el período inicial hasta hoy sirvieron de base al trabajo del médico y la enfermera de la familia explicándose los 3 cambios inherentes en toda su evolución (1985 a 2006, 2007-2008 y 2011 a la actualidad). Por último, se comentan hallazgos del desarrollo de la medicina familiar matancera.

Palabras clave: atención primaria de salud, modelo de atención, medicina familiar, médicos de familia.

ABSTRACT

It is told the history of the Matanzasan family medicine evolution, from its beginning in 1985 up today, through the events that were on the basis of the family physician and nurse work since the initial moments up today, explaining the inherent change periods it went through its evolution (1985-2006, 2007-2008 and 2011-current days). Finally we comment findings of the development of Matanzas an family medicine.

Key words: primary health care, health care model, family medicine, family physician.

INTRODUCCIÓN

Por iniciativa del Comandante en Jefe Fidel Castro en el año 1984, se inicia una nueva forma de atención médica en el nivel primario con la creación del médico y la enfermera de la familia, que introduce modificaciones en la forma, contenido y práctica de la atención médica con una repercusión objetiva y favorable en todo el Sistema Nacional de Salud. La provincia de Matanzas, en el año 1985, inicia esta revolución dentro de la Atención Primaria de Salud (APS) en el Policlínico Carlos Juan Finlay, del municipio Colón, con el nuevo modelo de atención ambulatoria: el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, incluyendo 22 consultorios. Posteriormente, en 1986, se completa el municipio al 100 % de la población cubierta por médicos y enfermeras de la familia, y continúa en 1987 en el municipio de Matanzas con el Policlínico Docente Carlos Verdugo. En pocos años se construyeron miles de consultorios equipados adecuadamente, para facilitar el desarrollo de las acciones propias de nuestra especialidad en función de la población con confortables viviendas para los médicos y enfermeras de la familia, para que convivieran con la misma, hasta completarse este programa en el año 2003 con 913 equipos básicos de salud (EBS).⁽¹⁻³⁾

La población percibió los beneficios del nuevo modelo desde sus inicios, y manifestó gratitud y complacencia, dadas las ventajas que mostraba el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Desde el comienzo mismo del programa de medicina familiar se interpretó que al tener a un médico y una enfermera residiendo en la comunidad se podía acceder a ellos en cualquier momento durante las 24 horas del día. Las personas podían incluso solicitar una visita a su hogar cuando lo consideraran necesario, y el médico o la enfermera estaban en la obligación de acudir y ofrecer un trato esmerado y amable ante cada llamado.

Por las transformaciones que se han producido en el sector de la salud, con el acelerado proceso de reparación integral de los policlínicos y la introducción de los nuevos servicios con tecnología avanzada en la Atención Primaria de Salud (APS), el impacto del cumplimiento de misiones nacionales e internacionales de los recursos humanos, la introducción del policlínico universitario, la poca consolidación del proceso de integración en nuestro sistema y la actual insatisfacción de la población, se decide por el Ministerio de Salud realizar una nueva reorganización de la APS.^(4,5)

La introducción de este modelo en el Sistema Nacional de Salud, generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario. El nuevo tipo de médico y enfermera de la familia sustenta su actuación profesional en el análisis de la situación de salud comunitaria y la dispensarización,^(6,7) aplicando el enfoque familiar. Con ello rescató la atención médica al ser humano en su amplia dimensión como ser biopsicosocial, considerando la influencia del ambiente sobre su salud. Con una cobertura que alcanzaba a casi el 100 % de la población, se concibió inicialmente un médico y una enfermera por cada 120 familias. En la práctica (como norma), la población atendida por cada EBS fue de unas 600 personas, entre 150 y 200 familias.

La especialidad de Higiene y Epidemiología se integró aun más al nivel primario y se consolidó un modelo de atención con un enfoque clínico-epidemiológico y social.^(8,9) El médico de la familia comenzó a concentrarse no solo en la demanda de los pacientes, sino también en sus necesidades de salud no sentidas y en las

acciones de educación para la salud al nivel comunitario.^(10,11) Se crearon círculos de abuelos, de adolescentes y de embarazadas. Estos cambios también tuvieron su repercusión en la atención secundaria y terciaria, las cuales, con el paso de los años, vieron reducirse el número de casos que afluían a cuerpos de guardia y, dentro de ellos, la frecuencia con que llegaban los pacientes presentando formas graves de muchas enfermedades. El médico de familia fue ganando prestigio entre el gremio médico.

La medicina familiar, como toda la sociedad cubana, fue impactada por la crisis económica derivada de la situación de doble bloqueo a la que se vio sometido nuestro país durante la década de los noventa. A la nueva generación de médicos de familia formados en aquella etapa le correspondió desempeñarse en sus primeros años de graduados sin acceso a los más elementales recursos para el ejercicio de su profesión e inmersos en una compleja situación social. El país se vio limitado en la disponibilidad de recursos para completar la construcción de los consultorios inicialmente proyectados. Respondiendo a la política de la Revolución de que no puede haber en la nación un médico desempleado, se adaptaron de manera emergente miles de locales para dar consultas, y muchos médicos de familia iniciaron su vida laboral en locales no idóneos o compartiendo su espacio con uno o más médicos simultáneamente. No siempre se ha podido garantizar para todos el completamiento de los módulos concebidos para esos locales. El tipo de medicina familiar que se desarrolla en esas condiciones, a pesar de los esfuerzos del Estado y de los profesionales, no puede tener la calidad que aquella que se realiza en una consulta adecuada, en condiciones de privacidad y con el equipamiento necesario.

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

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

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

En el caso de la terapéutica, la afectación fue aun mayor. La disponibilidad de medicamentos se redujo a la mitad de los que debían circular, y simultáneamente se incrementó el número de prescriptores. Durante los años noventa sufrimos el

hecho de tener que enfrentarnos a una consulta sin un adecuado respaldo en medicinas. Por otra parte, la falta de acceso a la literatura médica actualizada golpeó duramente el desarrollo científico técnico de los médicos de familia.^(12,13)

Con las transformaciones que tienen lugar a partir del año 2004, se mejora la accesibilidad de la apertura de servicios en los policlínicos que solo han estado disponibles en hospitales: ultrasonido (diagnóstico y terapéutico), áreas de rehabilitación integral, servicios de endoscopia o drenaje biliar; o el incremento en el número o ampliación de otros de los que solo disponían algunas unidades: optometría, estomatología, medicina tradicional y natural, por solo poner algunos ejemplos. Unido a ello está el programa de ópticas, con el que se incrementa significativamente el número de ellas en el país y se mejora la calidad de la atención a las personas con déficit visual.

Con el objetivo de mejorar la calidad en lo asistencial, lo docente, lo investigativo y lo administrativo, cumpliendo además los compromisos internacionales de la medicina familiar, se decide por el Ministerio de Salud realizar una nueva reorganización de la APS quedando clasificados durante el mes de noviembre del año 2007 (tabla 1), los consultorios médicos como consultorio médico tipo I, que es aquel en el cual se encuentra el médico y la enfermera, y el consultorio médico tipo II, donde se encuentra la enfermera y drena a un tipo I, y el consultorio médico reforzado, que se mantiene brindando servicios 24 horas.

Tabla 1. Clasificación de los consultorios médicos de la familia según nueva reorganización en el año 2007 en la provincia

| Municipios | CMF tipo I | CMF tipo II | CMF reforzado |
|--------------|------------|-------------|---------------|
| Matanzas | 60 | 75 | 1 |
| Varadero | 12 | 8 | 1 |
| Cárdenas | 40 | 20 | 0 |
| Perico | 14 | 19 | 0 |
| Martí | 9 | 20 | 1 |
| Jovellanos | 19 | 20 | 1 |
| Limonar | 9 | 18 | 0 |
| Colón | 25 | 68 | 0 |
| Los Arabos | 10 | 20 | 0 |
| Calimete | 12 | 11 | 0 |
| U. de Reyes | 20 | 16 | 1 |
| P Betancourt | 12 | 13 | 1 |
| J. Grande | 21 | 18 | 1 |
| C. de Zapata | 13 | 0 | 0 |
| Total | 276 | 327 | 7 |

Fuente: Departamento provincial de APS.

Como parte de las transformaciones en Cuba, y a partir de las prioridades del Ministerio de Salud Pública para el 2010, el Sistema Nacional de Salud se vio inmerso en profundas transformaciones, encaminadas a continuar mejorando el estado de salud de la población, con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad, por lo que se hace necesario, actualizar el Programa del Médico y la

Enfermera de la Familia que se había escrito en 1984, como modelo de atención de la APS.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Se identificaron en el año 2011 los consultorios médicos de familia necesarios (incluyen médico y enfermera) en cada área de salud y quedaron distribuidos de la siguiente manera (tabla 2):

Tabla 2. Identificación de los consultorios médicos necesarios por municipios en el año 2011 en la provincia

| Municipios | CMF Necesarios |
|---------------|----------------|
| Matanzas | 142 |
| Cárdenas | 120 |
| Perico | 32 |
| Martí | 24 |
| Jovellanos | 51 |
| Limonar | 26 |
| Colón | 62 |
| Los Arabos | 25 |
| Calimete | 26 |
| U. de Reyes | 38 |
| P. Betancourt | 30 |
| J. Grande | 55 |
| C. de Zapata | 13 |
| Total | 644 |

Fuente: Departamento Provincial de APS.

Constará de las siguientes premisas generales donde el médico debe sentir que es el responsable de su EBS, planificando y organizando todo el trabajo, guiado y supervisado a nivel de su policlínico:

-EBS estará conformado por un médico y una enfermera(o) de la familia, los que constituyen la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio. Ambos están responsabilizados con la labor que realizan, siendo el médico el jefe del equipo.

-La misión del EBS es brindar atención médica integral y dispensarizada al individuo, familia, comunidad y ambiente.

-El consultorio permanecerá abierto las 8 horas de trabajo (de 8:00 AM a 5:00 PM). En los casos excepcionales que tenga que cerrar, se dejará la hoja de localización donde se informe el lugar en que se encuentran.

-El consultorio contará con una pancarta informativa dirigida a la población, en un lugar visible y protegido con el nombre y apellidos del médico y de la enfermera, el número del consultorio, direcciones de los las personas que pertenecen a su jurisdicción, horario de consulta y terreno, incluyendo el día del deslizante (de 3:00 PM a 7:00 PM), día de la guardia médica, de la docencia y otra información que necesite la población.

Se priorizan las actividades de consulta y se definen dos frecuencias de terreno semanales para el médico, aunque podrán satisfacer otras demandas no planificadas en el terreno, que su urgencia lo justifique, con una adecuada información a la misma sobre sus actividades y su localización.

-La enfermera cumplirá las acciones de terreno planificadas por el médico, posibilitadas por su accionar independiente, cumpliendo con lo establecido en la resolución 396/07.

-El consultorio tiene que ser el local más limpio y ordenado de toda la comunidad, con cultura del detalle.

En la provincia de Matanzas se hallan 19 policlínicos reparados, y en estos momentos, después del proceso de reorganización y compactación de los servicios, existen 18 servicios de ultrasonido, 21 servicio de rayos X, 16 servicios de oftalmología, 17 servicios de optometría, 11 servicios de endoscopia, 9 áreas intensivas municipales, 14 servicios de regulación menstrual, 9 servicios de trombolisis, 40 servicios de EKG, 15 servicios de cirugía menor, 12 servicios de alergia, 8 servicios de traumatología, 40 servicios de laboratorio clínico, 13 servicios de tratamiento a la pareja infértil, 40 servicios de salas de rehabilitación, 17 servicios de salud mental y 28 servicios del adulto mayor (EMAG).

CONCLUSIONES

La medicina familiar en Cuba tiene su máximo desarrollo a partir del año 1983 cuando el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz pensó en un modelo nuevo de formación de un médico que será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva. En fin, será un guardián de la salud que permita el acercamiento de los servicios de salud a la población y la mejora de los indicadores de salud.

La medicina familiar se ha desarrollado en la provincia matancera, y de los 22 consultorios médicos de familia que iniciaron el programa en 1985, actualmente se definen 644 consultorios médicos de familia como necesarios; de ellos, 630 consultorios con presencia de médico y enfermera, 14 consultorios con licenciados en Enfermería. Estos consultorios atienden un promedio de 1 100 habitantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Sansó Soberats Félix J. La motivación y el desempeño del equipo básico de salud en el nivel primario. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 12 Oct 2013];19(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100001

2- Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 12 Oct 2013];29(3):260-7. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010

3- Castro Ruz F. Causa 37 de 1953. Alegato La Historia me Absolverá. Programa del Moncada. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1973.

- 4- Anteproyecto. Programa Atención Integral a la Familia. La Habana: MINSAP; 2004.
- 5- Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 12 Oct 2012];31(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200010
- 6- Batista Moliner R, Sansó Soberats FJ, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 12 Oct 2012];17(2):109-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000200001&script=sci_arttext
- 7- Jiménez Fontao L, Zaldívar Lores M. Experiencia del Médico de la Familia en un consultorio de "Plaza de la Revolución". Rev Cub Med Gen Integr. 1987;3(1):135.
- 8- Díaz Novás J, Salado Monteagudo C. Morbilidad general en un consultorio del Médico de la Familia. Estudio de un año. Rev Cub Med Gen Integr. 1989;5(3):351-61.
- 9- Díaz Novás J, Fernández Sacasas JA. Control de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población de Alamar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1986;2(3):15-21.
- 10- Sansó Soberats FJ. El primer centro nacional de debate sobre medicina familiar. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 31 Oct 2013];19(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000300013&script=sci_arttext
- 11- Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 17 Oct 2013];19(1):56-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000100010&script=sci_arttext&lng=pt
- 12- Sanso Soberats FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cub Salud Públ [Internet]. 2005 [citado 17 Oct 2013];31(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000200012&script=sci_arttext
- 13- Amaro Cano MC. Gestión administrativa en medicina familiar. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2003 [citado 7 Oct 2013];19(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252003000400008&script=sci_arttext&lng=en
- 14- Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
- 15- Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. Aprobado el 18 de abril de 2011 [Internet]. La Habana; 2011. [citado 7 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.granma.co.cu/secciones/6to-congreso-pcc/Folleto%20Lineamientos%20VI%20Cong.pdf>
- 16- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y enfermera de la familia [Internet]. La Habana: MINSAP; 2011. [citado 7 Oct 2013] Disponible en: <http://files.sld.cu/pdvedado/2011/03/08/nuevo-programa-del-medico-y-enfermera-de-la-familia/>

Recibido: 6 de enero de 2014.
Aprobado: 5 de febrero de 2014.

Ena Mc Farlane Martínez. Dirección Provincial de Salud. Calle Santa Teresa e/
Milanés y Contreras. Matanzas, Cuba. Correo electrónico:
enamcfarlane.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mc Farlane Martínez E , Costa Méndez A , Quintana Martínez MN, Cañizares Cárdena MC. Evolución de la medicina familiar matancera. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 36(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol2%202014/tema14.htm>