

## Aniversario 50 de la medicina en la comunidad

### Fiftieth Anniversary of Community Medicine

José Díaz Novás<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6206-0787>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: jose.diaz@infomed.sld.cu

Recibido: 15/02/2024

Aceptado: 28/04/2024

Estimado editor:

No podíamos dejar pasar por alto el 50 aniversario de la implantación del modelo de Medicina en la Comunidad el 7 de noviembre de 1974 en el Policlínico Docente Alamar, lo cual representó un salto cualitativo en la atención primaria del país y una de las bases para el futuro surgimiento de la Medicina Familiar en Cuba.

En 1964 se crea una institución que sería el centro de la Atención Primaria de Salud (APS) en años sucesivos y fue el Policlínico Integral, que comenzó en el “Aleida Fernández Chardiet” de la Lisa. Existían ya unidades con el nombre de policlínico, pero se limitaban a la prestación de consultas a pacientes ambulatorios. El nuevo policlínico es sometido a prueba asignándole una población de 45 000 habitantes y un área de 9 km<sup>2</sup>. Son innovaciones de la prueba, 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 (tuberculosis, enfermedades venéreas, mortalidad infantil, enfermedades diarreicas agudas), el estímulo a la participación comunitaria, el programa de inmunizaciones, el libro rojo de los programas de salud y la educación para la salud. Se fortalece la atención en los consultorios.<sup>(1,2,3)</sup>

Este modelo representó un salto cualitativo en la atención primaria del país y contribuyó a una mejoría apreciable en los niveles de salud de la población. Pasados diez años de su aplicación, se hicieron evidentes ciertas limitaciones:<sup>(1,2,3,4)</sup>

- El policlínico mantenía cierta integridad en su conjunto, pero las acciones se desarrollaban de modo compartimentado.
- Predominaban las acciones curativas.
- No se trabajaba en equipo.
- Inestabilidad en el personal profesional.
- Excesivas remisiones de pacientes al nivel secundario.
- Influencia negativa para la APS de la formación médica en el escenario hospitalario.
- Las bases estructurales de los policlínicos eran deficientes.
- La fuerza creadora de la comunidad no se había utilizado al máximo de sus posibilidades.

Hecho el diagnóstico, se propuso un nuevo modelo de APS, que llamamos de medicina en la comunidad y a su unidad base Policlínico Comunitario. En esta ocasión se llevó a cabo la prueba experimental en el Policlínico de Alamar, que hoy lleva el nombre del director que condujo al experimento, el doctor Mario Escalona Reguera, quien había presidido la comisión que elaborara el informe sobre el nuevo enfoque de la APS ya citada.

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, y se organizaron<sup>(2,3)</sup> de la forma siguiente:

1. Programas de atención a las personas
  - Programa de atención integral a la mujer.
  - Programa de atención integral al niño.
  - Programa de atención al adulto.
  - Programas del control epidemiológico.
2. Programas de control al ambiente
  - Programa de higiene urbana y rural
  - Programa de higiene de los alimentos.
  - Programa de medicina del trabajo.
3. Programa de optimización de los servicios

- Programa administrativo.
- Programa docente y de investigación.

Otra innovación fue la introducción del concepto de equipo de salud y la búsqueda de una actitud y trabajo en equipo.

En el documento programático del modelo: “MINSAP. Fundamentación de un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana: S/F”, se establecen las bases y principios para su funcionamiento, entre los que tenemos: atención médica integral, sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada, trabajo en equipo y con participación activa de la comunidad.

Se llevaron profesores de medicina al policlínico, comenzando por su director, el Dr. Mario Escalona Reguera y los Dres. José A. Fernández Sacasas (internista), Dr. Jesús Perea Corral (pediatra), Dr. Orlando Rigol Ricardo (ginecoobstetra) y Lic. Guillermo Ruiz (psicólogo). Además, no podemos dejar de nombrar a un trabajador sanitario sumamente calificado y que mucho nos enseñó, el técnico Dionisio Chávez.

Los sectores de la población eran atendidos por un residente de primer año de medicina interna por cada 2000 adultos, uno de pediatría por cada 1000 niños y uno de ginecología por cada 2500 mujeres. Cada médico trabajaba con una enfermera en su consulta y terreno, se contaba una jefa de enfermeras del policlínico y una jefa por cada especialidad.

En sus inicios, se contaba con cinco residentes de medicina interna, cinco residentes de pediatría, dos de ginecología-obstetricia y tres médicos generales.

El policlínico también contaba con una clínica estomatológica, un servicio de rehabilitación, un vacunatorio y un servicio para realizar pruebas de alergia.

El modelo realizó importantes aportes a la atención primaria comenzando con las bases para su funcionamiento y otros,<sup>(3)</sup> como:

- Llevar a profesores y residentes a los policlínicos.
- Desarrollo de la docencia y la investigación en la APS.
- Las interconsultas.
- Atención domiciliaria y seguimiento de pacientes con enfermedades agudas y crónicas en su domicilio.
- Creación y desarrollo del diagnóstico de salud del sector.
- Perfeccionamiento de los programas de salud existentes y desarrollo de otros.

- Demostró que se podía brindar atención médica de calidad similar a la del hospital y se podía investigar en la APS.
- Desarrollo de la descentralización e incremento del parque tecnológico de los policlínicos, sobre todo en los docentes, aumentando la capacidad resolutive.
- Se implementaron guardias en algunos policlínicos.
- Se fortaleció la intersectorialidad y la participación comunitaria.
- Se incorporaron nuevas especialidades para la atención a pacientes en los policlínicos.
- Se fortalecieron las actividades preventivas, así como las de rehabilitación y la calidad de la asistencia médica.
- Se crearon los círculos de abuelos.
- Mayor satisfacción de la población con los servicios recibidos.

Este modelo de atención representó un avance en la cantidad y calidad de la APS a la población, reflejados por la mejoría de los indicadores de salud de la población, pero transcurridos alrededor de diez años, se hicieron evidentes ciertas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria; dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas; inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes; inadecuada sectorización de la población; atención fragmentada a la familia; acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico; creciente número de especialistas para la atención secundaria, frente a indefinición del tipo de médico para atención primaria y cierta insatisfacción de la población.

Otros aspectos que motivaron la necesidad de un nuevo modelo fueron: cambios en el patrón de morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles; incremento de la población mayor de 60 años y la elevación del nivel educacional y cultural de la población cubana, que la hace más exigente y menos tolerante a la incapacidad del sistema de salud para solucionar sus problemas.<sup>(5)</sup>

Estas circunstancias motivaron una nueva evaluación integral de la situación de la APS en el país, que condujo a la formulación de un nuevo modelo, el actualmente vigente que llamamos de Medicina Familiar, o del Médico y la Enfermera de la Familia,<sup>(2,3,4)</sup> que perfeccionó los aportes de la medicina en la comunidad y realizó otros nuevos al tiempo que desarrolló la dimensión familiar y comunitaria del proceso salud-enfermedad.

Sirva este breve escrito para recordar en su 50 aniversario a uno de los saltos cualitativos más importantes en la historia de la salud pública cubana y, específicamente, de la APS.

## Referencias bibliográficas

1. Hernández Elías R. Administración de salud pública. La Habana: Ed. Ciencia y Técnica; 1971.
2. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(2). [acceso 27/02/2024] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=e3](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=e3)
3. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J. Del policlínico integral al médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 1989;5(4):556-64.
4. Rojas Ochoa Francisco. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [acceso 27/02/2024];19(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es)
5. Presno Labrador Clarivel. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [acceso 27/02/2024];22(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es)

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses