

Una interpretación dialéctica de la experiencia del nuevo médico de familia en Cuba

Jorge Cardona Osorio

Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia. Apartado 51922

Las leyes generales de la dialéctica pueden y deben ser utilizadas para la mejor y la mayor comprensión de los fenómenos que se presentan en la naturaleza y en la sociedad. Son estas leyes, entonces, las que, actualmente, permiten una explicación plausible de la situación de la salud en Cuba.

Con el triunfo y la consolidación de la Revolución Cubana se ha ido integrando progresivamente, a través de los años, el primer servicio único de salud, en el continente americano. Dicho servicio ha logrado, en un periodo increíblemente corto, erradicar por completo varias enfermedades, disminuir sensiblemente la incidencia de otras, modificar por completo la estruc-

tura de la morbimortalidad y llegar, en el momento actual, a plantear un modelo de atención primaria bastante original. Si este modelo no se explica haciendo uso de las categorías dialécticas del materialismo, da lugar a interpretaciones incorrectas y a la creación de falsas expectativas en los países regidos por sistemas económicos diferentes.

El sistema de salud cubano no es un ente autónomo, independiente de los demás sectores de la sociedad. Desde la perspectiva del enfoque sistémico es un subsistema del sistema social, es decir, de la formación economicosocial prevaleciente en este momento en dicho país —caracterizada como un periodo de tránsito del capitalismo al

socialismo— en el cual, a su vez, ya se están sentando las bases fundamentales para la creación de este último.

El sistema social imperante en Cuba es, pues, producto de una revolución, y es éste el que determina el sistema de salud revolucionario, y no viceversa. Sólo las nuevas relaciones sociales de producción, de colaboración recíproca —fenómeno completamente perteneciente a la infraestructura o base económica de la sociedad—, permiten y determinan el surgimiento de un nuevo sistema de salud el cual, como siempre en cualquier tipo de sociedad, tiene fuertes connotaciones políticas e ideológicas supraestructurales.

La cualificación actual del sistema de salud cubano ha sido un proceso explicable mediante la Ley de la transformación de los cambios cuantitativos en cualitativos y viceversa. Dicho proceso, muy dinámico por cierto, venía dándose desde que los primeros pobladores indígenas ocuparon la Isla y algunos debieron cumplir la función de curanderos o intermediarios entre los problemas de salud de la población y los dioses que los provocaban.

El arribo de los españoles implicó un salto, una transformación del sistema de salud aborígen y, a su vez, comenzó un lento proceso de acumulación cuantitativa de recursos y conocimientos pertenecientes a la concepción de la medicina española, la cual tuvo su máxima expresión

en el periodo inmediatamente anterior a la revolución triunfante en 1959.

Pero fue en el periodo de la lucha guerrillera en la Sierra Maestra (1956-1958), cuando se comenzó a gestar el germen de la medicina socialista, no sólo en aquellos médicos y trabajadores de la salud que habían asumido una posición de clase revolucionaria, sino también, en los médicos y en la medicina del Ejército Rebelde.

En una época en la cual, en Latinoamérica ni siquiera se hablaba de atención primaria y participación de la comunidad en salud, el subsistema que se creó en la Sierra, sin necesidad de conceptualizar estos términos, produjo resultados prácticos concretos al llevar una asistencia en este campo a una población hasta entonces desprotegida y desprovista de servicios de salud estatales, y también, la posibilidad real de que dicha población participara en el sector salud y en todas las esferas y espacios que el Ejército Rebelde abría y llenaba paulatinamente. La mejor forma de participación de la comunidad era hacerlo activamente en su propia liberación.

Con respecto a la situación de la salud pública cubana antes de 1959 tenemos que no existía un plan nacional de salud ni políticas de salud coherentes; el Estado era indiferente o incumplía su responsabilidad constitucional de atender la salud del

pueblo; el desarrollo de los sistemas de servicios de salud estatales era escaso y los existentes estaban fuertemente politizados y la población rural, desprotegida; basta decir que existía sólo un hospital rural.

Así mismo, la medicina era eminentemente curativa, existía el mutualismo como forma de aseguramiento de la población urbana, y el peculado y la malversación de fondos eran mirados como algo natural y lógico.¹

Por otra parte, dentro del cuadro de morbimortalidad existente, se presentaban alrededor de dos mil casos de paludismo, trescientos de poliomielitis, y trescientos de difteria y tétanos. La gastroenteritis era una de las cinco primeras causas de mortalidad general y la primera de mortalidad infantil.

Por último, existía sólo una escuela de medicina, localizada en La Habana, la cual graduaba anualmente cerca de trescientos médicos, el 50% de los cuales emigraba a Estados Unidos; una sola escuela de estomatología, localizada en la misma ciudad, la cual graduaba de cincuenta a sesenta estomatólogos al año, y tres escuelas de enfermería las cuales graduaban anualmente ochenta enfermeras.

Los principales indicadores de salud para el año 1959 pueden verse en la tabla 1.²

El triunfo de la Revolución priorizó en la práctica el sec-

tor salud, mediante una serie de medidas aparentemente sencillas, pero de todas maneras muy lógicas, las cuales, por ejemplo, ampliaron la cobertura a todo el país al establecer el servicio médico rural con una duración de tres años e iniciaron la construcción de cincuenta hospitales rurales y de múltiples *postas médicas*, especies de centro de salud atendidos por médicos.

Dicha ampliación ocurrió a pesar de un fenómeno, previsible también mediante la utilización de categorías dialécticas: la emigración masiva de médicos, estomatólogos y trabajadores del sector salud hacia Estados Unidos lo cual, en un periodo relativamente corto, dejó el país con la mitad de sus recursos anteriores, pues de seis mil médicos existentes, emigraron tres mil. Sin embargo, el estado de salud de la población, en vez de empeorar, mejoró, lo cual se explica porque no sólo son responsables de él los recursos humanos, materiales y financieros del sector médico, sino también, una serie de medidas como la Reforma Urbana y las dos Reformas Agrarias las cuales posibilitaron un mayor acceso a los alimentos básicos, el mejoramiento del saneamiento ambiental, la gratuidad de los servicios de salud y educación, y la oferta de pleno empleo.

La emigración se inscribió claramente en un proceso de lucha de clases, pues, ciertamente, el recurso humano del sec-

tor salud no había sido formado dentro de una concepción igualitaria de la salud y la mayoría se dedicaba a una práctica privada generadora de pingües ganancias; pero los tres mil médicos que se quedaron cualificaron su trabajo en tal forma que, pese a múltiples dificultades, suplieron el trabajo de quienes emigraron.

La decisión política de priorizar el sector salud tuvo su antecedente más claro en el famoso alegato conocido como "La historia me absolverá", en el cual Fidel Castro, enjuiciado por el Ataque al Cuartel Moncada el 26 de julio de 1953, exponía:

El problema de la tierra, el problema de la industrialización, el problema de la vivienda, el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud del pueblo; he ahí concretados los seis puntos a cuya solución se hubieran encaminado resueltamente nuestros esfuerzos, junto con la conquista de las libertades públicas y la democracia política.³

La prioridad dada a este sector se explica perfectamente si se considera que este programa del Moncada tuvo plena vigencia durante toda la lucha insurreccional y en los primeros tiempos del triunfo de la Revolución.

Otras medidas relacionadas con la mayor importancia dada al sector del cual venimos hablando son la conformación de un sistema único de salud el cual,

terminó con el ejercicio privado de la profesión médica por decisión de los estudiantes de medicina quienes a partir de 1962 renuncian a él una vez graduados; la creación de policlínicos integrales para dar una cobertura del 100% de la población; la redistribución del recurso humano al enviarlo a donde era más necesario, ya que se concentraba mayoritariamente en La Habana y, por último, la formación heterodoxa de nuevos recursos humanos: de técnicos medios en estomatología, en laboratorio, en rayos X, y de auxiliares de enfermería, excepto en medicina, en donde, como producto de una decisión política se garantizó al pueblo atención con los médicos que se quedaron.

Igualmente se creó, en 1962, la segunda Escuela de Medicina en Santiago de Cuba seguida de la de Las Villas y Camagüey; 34 escuelas de enfermería de las cuales egresaban anualmente quinientas enfermeras y más de mil auxiliares de enfermería. Se comenzó la construcción de hospitales regionales y provinciales, bancos de sangre, clínicas estomatológicas, laboratorios clínicos y una organización de centros municipales y provinciales de higiene y epidemiología la cual, logró un impresionante desarrollo en los años futuros gracias al interés, la motivación y la supervisión directa del propio viceministerio de Higiene y Epidemiología. En muchas ocasiones se utilizaron edifi-

caciones existentes dejadas por la burguesía emigrante con lo cual se solucionó provisionalmente el difícil problema del costo de construcción.

Se logró, así mismo, erradicar el paludismo, la difteria y la poliomielitis, esta última mediante una campaña anual masiva a cargo de la población organizada, cuadra por cuadra, en Comités de Defensa de la Revolución; disminuyó sensiblemente la morbimortalidad por tétanos, tuberculosis y por enfermedad diarreica aguda.

Del mismo modo, aumentó notoriamente el parto institucional como producto de una política destinada a disminuir la mortalidad maternoinfantil, mediante la creación de hogares maternos, ubicados generalmente en casas dejadas por la burguesía — las cuales conservaban, incluso, el mismo mobiliario—, y donde, a juicio del médico, una mujer embarazada de alto riesgo obstétrico podía permanecer el tiempo necesario para asegurar el parto institucional.

Se inició, así mismo, la integración docente asistencial con dos fases y la participación de los estudiantes de medicina en las labores comunitarias desde el inicio de la carrera, y se comenzaron a aplicar los principios de la salud pública cubana, semejantes a los de la socialista, los cuales consideran que la salud de toda la población es una responsabilidad del Estado, que los servicios

de salud deben ser accesibles y gratuitos a toda la población, y la atención médica, integral, es decir, preventivo-curativa; además, planifican e integran los servicios de salud al plan de desarrollo económico y social del país, a la vez que permiten a las masas organizadas intervenir en todo lo relacionado con salud.⁴

En 1974, se produjo un salto cualitativo con el surgimiento de la experiencia de la medicina en la comunidad la cual, más o menos coincide en el tiempo con la implantación de los poderes populares, en 1976, y con una autocrítica de la dirigencia política y administrativa del sector salud. Esta última se centra fundamentalmente en aspectos como:⁵

1. La ausencia de un verdadero equipo de salud
2. La continua realización, por parte del médico, sólo de acciones curativas.
3. La difícil relación paciente-médico por la inestabilidad de este último.
4. La utilización exagerada e incorrecta de los servicios de salud por parte de la población debido a la total accesibilidad la cual, no permitía los rechazos, y desvirtuaba, así, el sentido de la regionalización.
5. El desajuste de la formación de los médicos con respecto a las tareas y responsabilidades que exigía el sector salud; pues, la transformación del recurso

humano no fue paralela a la del recurso físico y la formación era predominantemente hospitalaria y el centro de aprendizaje, el hombre enfermo.

6. La escasez de las investigaciones médicas y sociales, y

7. La insuficiente explotación del potencial creativo existente en la comunidad.

El mencionado salto cualitativo tiene relación con el aumento cuantitativo de los recursos y de los indicadores logrados para esta fecha (Véase tabla 1),⁶ pero las limitaciones señaladas en la autocrítica exigían, aun, nuevas formas de organización de los servicios de salud.

Surgió así la medicina en la comunidad, definida como el

Conjunto de actividades planificadas de atención médica integral, que en nuestra sociedad socialista tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, aplicando la metodología científica marxista-leninista, con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas.⁷

Por otra parte, se enfatizó en que la medicina en la comunidad no era una especialidad médica sino una forma de realizar el ejercicio medicoestomatológico.

El nuevo modelo de atención médica primaria descansaba en el trabajo de cuatro especialidades básicas localizadas en un

policlínico comunitario: medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, y estomatología. Se seleccionaron estas especialidades por ser las que presentaban un mayor número de consultas.

A pesar de que se creó un modelo arquitectónico para el Policlínico Comunitario localizado en Alamar, se continuaron utilizando los policlínicos antiguos, adaptándolos al nuevo modelo, cuyos elementos esenciales eran:

1. Integral. Consideraba la unidad de los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico las cuales, están en interacción con el individuo y su colectividad, y condicionan el proceso salud-enfermedad.

2. Sectorizada. Responsabilizaba al médico de atención primaria de un número determinado de habitantes —según los grupos de edades y sexo de la población que conforman el área de salud— con lo cual, le correspondían a cada médico, aproximadamente dos mil habitantes y al estomatólogo, tres mil. Con esta medida se enviaron las historias clínicas a cada consultorio y desapareció el archivo general. En caso de que el Policlínico Comunitario fuera docente, el número asignado de habitantes disminuía sensiblemente.

3. Regionalizada. Asignaba hospitales para la remisión de pacientes que lo ameritaran, así, interrelacionaba los distintos

Jorge Cardona Osorio

Tabla 1 Indicadores de salud de Cuba

Indicador	1959	1974	1984	1987	1990
Médicos	6.000	9.000	20.490	28.060	38.690
	1:1.000	1:1.000	1:480	1:366	1:274
			238 médicos de familia	4.021 médicos de familia	11.900 médicos de familia
Odontólogos	630	2.000	4.711	5.923	6.959
	1:9.500	1:6.500	1:2.113	1:1.737	1:1.524
Enfermeras	828	6.339	32.957	52.535	68.592
Auxiliares de enfermería		10.000	5.836	1.060	478
Técnicos medios	600	40.000	68.690		51.838
Camas	28.536	41.000	63.015	69.895	63.205
	4,2:1.000	4,6:1.000	6,3:1.000	6,8:1.000	6,0%
Policlínicos		326	403	422	420
					policlínicos d e familia
Consultas médicas	↓ 10 millones	≈ 36 millones	≈ 55 millones	≈ 66 millones	68 millones
					6,4 consultas per cápita
Consulta odontológica			≈ 12 millones	≈ 15,5 millones	15 millones
					6,4 consultas per cápita
Presupuesto estatal	20 millones		≈ 900 millones	≈ 1.000 millones	1.000 millones
Presupuesto mutualismo	40 millones				8% producto nacional
Parto institucional	60%	98%	98,7%	99,4%	99,8%
Tasa de mortalidad infantil	60‰	29‰	15‰	13,3‰	10,7‰
Esperanza de vida al nacer	60 años	70 años	74 años	74 años	75,6 años

niveles de atención y garantizaba la aplicación de todos los adelantos científicos y técnicos en medicina.

4. Continuada. Atendía a la población asignada a lo largo del tiempo y en los lugares donde ésta realizaba sus actividades dentro del área de salud.

5. Dispensarizada. Establecía grupos de personas que, siendo consideradas sanas, merecían una atención activa y controlada periódicamente. De igual forma, agrupaba a los pacientes con afecciones agudas y crónicas como asma, diabetes, epilepsia, enfermedad hipertensiva, tuberculosis, malnutrición y otras, y se establecían su registro y control.

Del mismo modo, el modelo impulsó el trabajo en equipo, pues operó en armonía y con unidad de propósitos, al tiempo que promovía la participación activa de la comunidad: se relacionó estrechamente con los organismos de masa, entre ellos los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.⁸

El nuevo modelo de medicina en la comunidad, cuya base eran los policlínicos comunitarios docentes y no docentes, equipados con medios diagnósticos propios de rayos X y laboratorio, y cuyo antecedente eran los policlínicos integrales, se consolidó en un tiempo relativamente corto, se extendió a todas las provincias del país, dejó, a mediados

del decenio del ochenta, una serie de enseñanzas y, además, señaló algunos cuellos de botella que el modelo no había logrado superar.

Para 1983, continuó la mala utilización de los recursos de los policlínicos comunitarios a los cuales acudía, anualmente, entre un 75 y un 85% de la población asignada. Los cuerpos de guardia o urgencias de los hospitales continuaban sobrecargados con consultas de atención primaria.

En un discurso de Fidel Castro, éste exponía una política explícita de formación de recursos médicos, afirmaba que era posible llegar a tener un médico por cuadra, por barco, por escuela, por centro de trabajo o por cada cien personas y agregaba:

[...] si bien puede haber un hombre con calidad humana sin una conciencia teórica, revolucionaria [...] en el médico necesitamos las tres cosas: la calidad humana, la calidad intelectual y la calidad político-moral indispensable.⁹

Como resultado de esto se creó, en mayo de 1983, mediante una resolución conjunta de los ministerios de Salud Pública, Educación y Educación Superior, el contingente Carlos J. Finlay, el cual escogió a estudiantes del último año de pre-universitario o de grado 12 —equivalente al último año de secundaria, y en otros países—, para estudiar medicina, de acuerdo con una severa selección que incluía no sólo rendi-

miento académico alto, mínimo 90 puntos sobre 100 en un promedio de las notas de los grados 10 y 11, sino también consideraciones políticas e ideológicas de integración a la sociedad en construcción como: poseer condiciones politicomorales acordes con esta profesión; estar permanente e incondicionalmente dispuesto a servir a la Revolución en cualquier parte del territorio cubano o en cualquier país; poseer una educación formal y una conducta social correctas, así como un aspecto personal adecuado; comprometerse a mantener una conducta acorde con los principios de la ética médica socialista, y finalmente, no tener impedimentos físicos y mentales que lo invalidaran para el ejercicio de la profesión.¹⁰

En estas condiciones, se ampliaron los cupos para estudiar medicina a cuatro mil anuales.

En 1984, el aumento cuantitativo de los recursos e indicadores de salud (Véase tabla 1),¹¹ propiciaba un cambio cualitativo en el modelo de atención de salud de acuerdo con el postulado del materialismo histórico de que:

La humanidad se propone siempre únicamente los objetivos que puede alcanzar, pues bien miradas las cosas vemos siempre que estos objetivos sólo brotan cuando ya se dan o por lo menos se están gestando las condiciones materiales para su realización.¹²

Surgió, entonces, el nuevo Plan del Médico de Familia, el cual se puso en marcha el 4 de enero de 1984 en el área del Policlínico Lawton, perteneciente al municipio Diez de Octubre y seleccionado sólo porque la división politicoadministrativa coincidía con las ocho circunscripciones electorales. Se trataba de un policlínico no docente sin más recursos ni condiciones especiales que cualquiera otro de su especie.

En el área del Policlínico residían 22.804 habitantes para los cuales había 37 médicos, uno por cada 1.660 habitantes, aproximadamente.

Se seleccionaron diez médicos y diez enfermeras jóvenes condicionados a vivir en el área de trabajo asignada, en locales cedidos por la misma comunidad o por los poderes populares, sin crear, en un principio, ningún modelo arquitectónico especial; y a la población se le ofreció la oportunidad de participar en el nuevo plan o de rechazarlo; nadie hizo esto último y nadie lo ha hecho.

El total de población asignado inicialmente fue, aproximadamente, cinco mil habitantes.

A cada equipo de médico y enfermera, quienes dependían administrativamente del director del Policlínico, se le asignó un promedio de 120 núcleos familiares los cuales comprendían un total de 461 a 518 personas que hacían parte de

dos a cuatro Comités de Defensa de la Revolución.

Se laboraba en consulta médica y en actividades de enfermería, todos los días, de lunes a viernes, de las 8:00 a las 12:00 horas, y, en general, se hacían alrededor de quince consultas diarias exceptuando urgencias, las cuales se remitían al Policlínico.

En las horas de la tarde se efectuaban visitas de terreno casa por casa o se asistía, en el Policlínico, a las interconsultas de las especialidades de medicina interna, obstetricia y angiología. Para las demás interconsultas se hacía el contacto con los Hospitales Clínico Quirúrgico, y Materno Infantil y además, se asistía a la interconsulta con el paciente, todo lo cual le servía de educación continuada al médico de familia. Del mismo modo, los sábados se destinaban a las labores administrativas en el Policlínico.

Las muestras para los exámenes de laboratorio eran obtenidas por la enfermera en el consultorio, eran recogidas en las horas de la mañana y llevadas al laboratorio del Policlínico; el resultado era informado el mismo día.

En septiembre de 1984, se extendió la experiencia a 228 médicos de todas las provincias, y se esperaba un cubrimiento total en el término de diez años.

Se creó, también, un médico de familia para la zona rural: el médico de montaña.¹³







Se inició la especialización en medicina general integral con un programa propio de tres años, consecutivos a un año de servicio social.

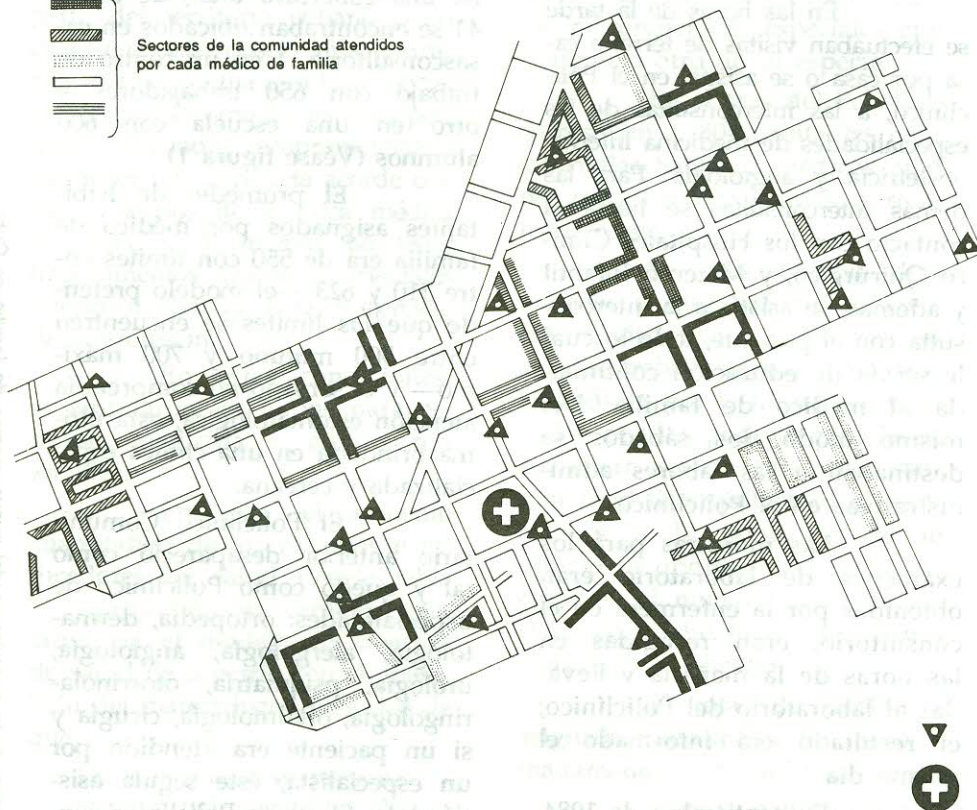
El año 1985 se considera de consolidación del modelo. En el área del Policlínico Lawton, donde éste se inició, existían ya 43 médicos de familia, lo cual daba una cobertura total; de éstos, 41 se encontraban ubicados en casasconsultorio, 1 en un centro de trabajo con 650 trabajadores y otro en una escuela con 600 alumnos (Véase figura 1).

El promedio de habitantes asignados por médico de familia era de 550 con límites entre 510 y 623 —el modelo pretende que los límites se encuentren entre 500 mínimo y 700 máximo— y el servicio no comprendía atención estomatológica, esta última brindada en una clínica especializada y cercana.

El Policlínico Comunitario anterior desapareció como tal y quedó como Policlínico de Especialidades: ortopedia, dermatología, alergología, angiología, urología, psiquiatría, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía y si un paciente era atendido por un especialista, éste seguía asistiéndolo. El nuevo Policlínico concentró también el laboratorio, y la sala de fisioterapia y rayos X, e, igualmente, efectuó procedimientos de cirugía menor.

El dinamismo propio de un sistema de atención como el que se está describiendo ha ge-

-  Policlínico Docente de Lawton
-  Consultorio vivienda
MD de la familia en el área
del sector del Policlínico
-  } Sectores de la comunidad atendidos
por cada médico de familia
-  }
-  }
-  }



Jorge Cardona Osorio

Figura 1 Consultorios de médicos de familia en el área del Policlínico Lawton

nerado una serie de actividades para el equipo de atención familiar las cuales, favorecen cada vez más el mejoramiento de la salud de la población y una mejor atención de sus problemas.

En marzo de 1985 surgió la idea del ingreso al hogar para casos como bronconeumonías en ancianos o profilaxis de embarazadas con alto riesgo obstétrico. Los pacientes eran visitados diariamente por el médico y la enfermera y atendidos por su propia familia.

Posteriormente, se crearon los turnos deslizantes los cuales, consisten en atender desde las 18:00 hasta las 21:00 horas, dos veces a la semana, a estudiantes y trabajadores que, en otra forma, no podrían ser atendidos por el médico de familia. Igualmente, se comenzaron a programar interconsultas docentes en terreno, incluyendo el propio hogar, para especialidades básicas.

Los médicos de familia efectuaban, para la atención de urgencias, turnos rotatorios en el Policlínico, de las 16:00 a las 23:00 horas en conjunto con un técnico de laboratorio, uno en electrocardiografía, uno en rayos X, una enfermera y una ambulancia con conductor. También hacían turno o guardia en el Hospital Clínico Quirúrgico y Materno Infantil, una vez por semana las 18:00 a las 24:00 horas, un mes en un hospital y otro mes, en el otro.

En conjunto con los coordinadores de zona de los organismos de masa se diagnosticaba la

salud del sector. Ayudaba para este diagnóstico la ficha familiar la cual permitía una dispensarización con base en las condiciones del medio socioeconómico y en las de higiene sanitaria.

El conjunto de actividades de los médicos de familia en un área determinada, por ejemplo, en la de Lawton, permitió conocer que, del total de habitantes, el 15% presentaba hipertensión; el 3%, diabetes; el 5%, cardiopatía isquémica; el 10%, asma bronquial; el 2%, epilepsia; el 13%, obesidad y que la cobertura de vacunación alcanzaba el 95%.

Considerando ya no un área específica, sino todo el territorio atendido por los médicos de familia, se observó cómo en 1987, de la población atendida y dispensarizada, el 60,9% padecía hipertensión, el 16,9%, diabetes y el 36,7%, asma.

Un ejemplo de la población real asignada a un médico de familia y de los problemas de salud que presentaban, muchos de ellos susceptibles de dispensarización, se presenta en las tablas 2 y 3.

En el área de Lawton se realizó una encuesta inicial para determinar el grado de aceptación por parte de la población. Se efectuaron 995 encuestas las cuales mostraron una amplia satisfacción con el nuevo modelo de atención médica familiar. Así mismo, un corte hecho en 1987 mostró que para esta fecha existían ya 4.021 médicos de familia e

Tabla 2 Población del sector correspondiente a un médico de familia

Menores de 1 año	7
De 1 a 4 años	21
De 5 a 9 años	17
De 10 a 19 años	85
De 20 a 65 años	312
De 65 y más años	80
	522

Fuente: datos tomados directamente en una visita hecha a ese consultorio

Tabla 3 Población dispensarizada en el sector de un médico de familia

Hipercolesterolemia	2	adenoiditis crónica	1
Prueba citológica sospechosa	1	tuberculosis antigua	3
Riesgo prenatal	29	diabetes	23
Obesidad	58	hipertensión	58
Isquemia del miocardio	33	retraso mental	5
Síndrome psiquiátrico	7	úlceras duodenales	17
Osteoartritis	36	asma	41
Epilepsia	4	alergia	3
Angioesclerosis periférica	3	disquinesia vesicular	3
Hepatopatía crónica	1	desnutrición por cáncer	1
Pielonefritis crónica	1	enfisema	2
Bronquitis crónica	5	psoriasis	3
Glaucoma	2	bronquitis alérgica	5
Neoplasia	4	otitis crónica	2
Sinusitis crónica	1	dermatitis crónica	3
Insuficiencia vascular periférica	13	migraña	2

Fuente: datos tomados en una visita hecha a ese consultorio

igual número de enfermeras (Véase tabla 1).¹⁴

En el Segundo Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud, "El médico de

la familia, una respuesta a las necesidades de la comunidad", celebrado en La Habana, Cuba, del 14 al 18 de noviembre de 1988, se presentaron los datos

oficiales más actualizados acerca del nuevo modelo.¹⁵ Para entonces, 3.816.400 personas, el 36,6% del total de la población, eran atendidas por médicos de familia, en 3.728 locales de consulta.

En La Habana existían 1.323 locales para atender a 1.288.000 personas, o sea, al 62,6% de la población total de la ciudad. El total de médicos de familia era de 6.215, de los cuales 4.033 estaban localizados en sectores urbanos. En su conjunto, en el primer semestre de 1988 ellos eran responsables del 26,9% del total de las consultas externas.

En el mismo seminario se presentó una gran cantidad de trabajos de investigación fundamentados en la nueva experiencia del médico de familia, muchos de ellos realizados por ellos mismos.

Cabe destacar la incorporación de la comunidad con formas participativas como los círculos de abuelos y los de adolescentes.

En el primero de ellos, convertido en un verdadero programa para la tercera edad, los ancianos conforman grupos para realizar gimnasia dirigida y actividades comunes de diversa índole.

Al comparar a los ancianos de estos círculos, con otros que no pertenecen a los grupos mencionados, se observó que, en los primeros, existe menos consumo de medicamentos, han abandonado más el vicio del cigarrillo, presentan menos dolencias y tie-

nen menos problemas de relaciones interpersonales.

En otro corte efectuado en 1990 (Véase tabla 1) y el cual recoge los datos estadísticos presentados en el Tercer Seminario Internacional de Atención Primaria en Salud celebrado a comienzos de 1991 y muestra los últimos indicadores publicados por el Ministerio de Salud Pública de Cuba,¹⁵ se resalta el marcado incremento de médicos y odontólogos y, dentro de los primeros, el de los médicos de familia, especialistas en medicina general integral quienes, en 1990, ya eran 11.915.

Los indicadores de un médico por 274 habitantes y un odontólogo por 1.524 habitantes, se encuentran entre los mejores del mundo.

Obsérvese la desaparición paulatina de las auxiliares de enfermería, las cuales se profesionalizan y obtienen la Licenciatura en Enfermería. Para 1990 sólo quedaban en Cuba 478 de ellas.

El total de consultas médicas y odontológicas se incrementó para, en su conjunto, representar un indicador de 7,8 consultas por habitante al año, sin discusión alguna uno de los más elevados del mundo.

El parto no institucional desapareció en la práctica y el exiguo 0,2% de ellos está representado por partos atendidos en urgencias o en las propias am-

balancias y los cuales, pese a esto, no son considerados partos institucionales.

La tasa de mortalidad infantil se situó para 1990 en 10,7% nacidos vivos, cifra prácticamente igual a la de Estados Unidos y una de las menores en todo el mundo.

La expectativa de vida al nacer alcanzó, también en 1990, 75,6 años, igualmente una de las más altas del mundo y con programas muy bien diseñados para la tercera edad.

Para el año 2000, Cuba tendrá aproximadamente 75.000 médicos, de los cuales 25.000 integrarán el subsistema del médico de familia —20.000 en atención directa a la familia y otros 5.000 en instituciones como fábricas, escuelas, hogares de ancianos, y buques de la marina mercante—, 30.000 para el resto de las especialidades de la red, 10.000 para el año sabático que garantice el perfeccionamiento y la superación de los médicos existentes y otros 10.000 en colaboración internacional.¹⁶

Un paciente puede estar dispensarizado en varios grupos.

En marzo de 1988 el Ministerio de Salud, publicó el folleto *Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el Policlínico y el Hospital*, en el cual, se le señalan al médico de familia 15 actividades de promoción de la salud, 18 de prevención de la enfermedad, 12 de recuperación de la salud —atención médica—,

ocho de rehabilitación, cuatro de higiene, ocho sociales, dos docentes y tres de investigación. Esto permite observar con claridad el énfasis sobre la salud en detrimento del puesto sobre enfermedad.

Por otra parte, la Ley de la negación de la negación, es clara en el proceso de desarrollo del sistema de salud cubano. Se puede asegurar que cada uno de los hitos de la medicina cubana y, dentro de ellos, la concepción del médico y de los diferentes trabajadores de salud, ha negado, en su debido momento, la concepción anterior y se ha convertido en una síntesis que, dialécticamente, será negada a su vez en el futuro.

Así, la medicina española negó la medicina aborigen, a su vez, la cubana, en el momento en que se afianza y no obstante las influencias que pudiera tener, niega la española; y la ejercida en la Sierra en el periodo de liberación, con toda su elementalidad, comienza a negar la capitalista. La medicina posrevolucionaria, en sus diferentes etapas, hace lo mismo al consolidarse como sistema único de salud, pero aun con la vigencia de éste, la medicina en la comunidad niega la anterior y, a su vez, es negada por la medicina integral del médico de familia, la cual se convierte, sin falsas pretensiones, en la máxima expresión de la medicina a través de su historia.

Sin embargo, esto no significa que la medicina inte-

gral sea un modelo completo y acabado. Concebirlo así es negarle sus características dinámicas y dialécticas y sus posibilidades de cambio.

Lo cierto es que, superadas las condiciones de la época de transición y sentadas las bases de una sociedad socialista y comunista, el proceso de acumulación cuantitativa se expresará en un salto cualitativo y la Ley de la negación de la negación se seguirá presentando.

La Ley de la unidad y lucha de contrarios se manifiesta claramente en el desarrollo del sistema de salud cubano a través de múltiples contradicciones. El surgimiento y la consolidación del actual sistema de salud ha sido un proceso esencialmente dialéctico y, por tanto, esencialmente contradictorio.

Dentro de la multiplicidad de contradicciones existentes en el desarrollo de dicho sistema, la contradicción fundamental se ha dado a través de la lucha de lo viejo contra lo nuevo. Esta, en la forma como se presenta actualmente, es no antagónica, pues, recoge las posiciones ideológicas, en ocasiones facilistas, de trabajar con esquemas tradicionales, los cuales, a su vez, pueden haber generado resultados parciales y además, casi inevitablemente, generan malformaciones burocráticas. Estas últimas son confrontadas con ideas nuevas, de avanzada, las cuales, señalan nuevos caminos abriéndose paso por

medio de discusiones y, mejor aún, a través de la práctica, la cual, como criterio último de la verdad, demuestra la justeza de las nuevas ideas.

Las contradicciones se encuentran en todos los niveles, desde el directivo hasta el operativo, y son muy claras en el sistema docente en el cual, muchos profesores, y no necesariamente los de mayor edad, son portadores de las ideas viejas, tradicionales, y muchos alumnos no alcanzan a captar de inmediato dónde se encuentra la validez de las nuevas ideas.

Por supuesto, tanto en el caso de estos profesores como en el de estos alumnos, intervienen mecanismos ideológicos, conscientes o inconscientes, los cuales, finalmente, tienen que ver con la posición de clase de la persona en cuestión.

Tradicionalmente, y con mayor razón en el capitalismo, se ha privilegiado y priorizado la enfermedad, pues, es ésta la que genera las posibilidades de una práctica privada, basada en el tratamiento hospitalario y generadora, a su vez, de un lucro creciente.

Por el contrario, la medicina socialista privilegia la salud del individuo y la de la comunidad, y se opone rotundamente a una práctica privada generadora de ganancia.

Sin embargo, esta práctica, orientada específicamente

hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, choca contra intereses ideológicos de larga data.

Algunos estudiantes de medicina no alcanzan a concebir cómo, dispensarizando el reducido grupo de población asignado a un médico familiar, alrededor de 550 personas, no se pueda tener contacto con enfermedades raras, de escasa incidencia.

Cada modo de producción, o mejor aún, cada formación economicosocial, ha generado enfermedades propias y características de él o de ella y el modo de producción comunista no es una excepción a esta regla, también este último ha erradicado y erradicará muchas enfermedades y el médico comunista tendrá que ver, cada vez, menos personas enfermas y cada vez más personas sanas a quienes tratará, como obligación suya directa, de optimar su salud.

En la antigua China se le pagaba al médico por la población que lograba mantener sana: mientras más enfermos tuviera, menor era su salario.

Guardadas las debidas proporciones, algo semejante deberá ocurrir en el modo de producción comunista, sólo que ahora no sería el resultado de un mecanismo estatal coercitivo sino el de un convencimiento de que la salud es una necesidad individual y comunitaria, la cual debe ser satisfecha

No olvidemos que la diferencia fundamental entre el médico integral de familia cubano y los de los países capitalistas no está en el grado de conocimiento médico científico, pues éste está, de hecho, al alcance de uno y otros, sino en el plano politicoideológico y de aquí la importancia de la selección que se hace actualmente en Cuba para estudiar medicina.

Esta selección y el proceso de formación del estudiante de medicina cubano, debe llevarlo por un camino no mecanicista sino dialéctico, es decir, contradictorio, a asumir una posición de clase semejante a la de la población que atiende.

En la actualidad, se presentan también otras contradicciones, algunas de ellas enmarcadas dentro de esa contradicción fundamental. Vale la pena señalar la existente entre la atención primaria y la atención secundaria, esto es, entre la atención dispensada por el médico de familia y la atención hospitalaria especializada.

Dentro de la Ley del desarrollo armónico, planificado y proporcionado, la solución a esta contradicción no antagónica es encontrar una proporción justa entre una y otra ya que ambas son necesarias. En el momento actual se da por sentado que los hospitales existen como apoyo al plan del médico de familia. Sin embargo, quizá, sea necesario revolucionar el sistema de atención secundario hospitalario, tal como

se logró, con gran éxito, revolucionando el de atención primaria mediante el modelo del nuevo médico de la familia.

Referencias

1. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Organización de los servicios y nivel de salud*. La Habana, 1974.
2. MINISTERIO DE SALUD, CUBA. *Informe anual*. La Habana, 1978
3. CASTRO, Fidel. *La historia me absolverá*. Ciencias Sociales. La Habana, 1985.
4. INSTITUTO DE DESARROLLO DE LA SALUD, CUBA. *El sistema nacional de salud en Cuba: antecedentes, situación actual, perspectivas*. La Habana, 1977. p. 9-11.
5. MINISTERIO DE SALUD, CUBA. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*. La Habana, 1977. p. 21-26.
6. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Informe anual*. La Habana, 1977.
7. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*. La Habana, 1977. p. 27.
8. *Ibid*, p. 29-34
9. CASTRO, Fidel. *Conclusiones en el claustro extraordinario de profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*, 11 de junio de 1982. La Habana, Política, 1982. pp. 29, 42.
10. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. Destacamento de ciencias médicas "Carlos J. Finlay". Documentos normativos. IV Contingente, mayo 1984. s.p.i.
11. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Ciencias Médicas. Informe anual*. La Habana, 1984.
12. MARX, Carlos. *Obras Escogidas de Marx y Engels*. Moscú. Progreso Moscú, 1966.
13. ROJAS, Marta. *El médico de la familia en la Sierra Maestra*. La Habana, Ciencias Médicas, 1986.
14. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICAS. *Informe anual*, 1987.
15. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Subsistema de atención primaria: "El médico de la familia"*, presentado al Segundo Congreso Regional de Medicina Familiar (Venezuela, Colombia, Panamá y área del Caribe) y Primer Congreso Venezolano de Medicina Familiar, Caracas, 1988.
16. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, CUBA. *Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital*. La Habana, 1988.