

**Ministerio de Salud Pública  
Policlínico Ramón López Peña  
Santiago de Cuba**

*El Médico de la Familia: mayor legado de Fidel Castro  
a la medicina universal*

**Autores:** Dr. Alain León Gilart\*

Dr. Andy Alian León Gilart\*\*

Dr. Jose Reyder Rill Venegas\*\*\*

\*\*\*Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Policlínico Ramón López Peña.

\*\*\*Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Unidad Municipal de Higiene  
Santiago de Cuba.

\*\*\*Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Policlínico Carlos J. Finlay.

## RESUMEN

El Médico de la Familia es un Programa concebido por el sistema de salud de Cuba que tiene como objetivo principal mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, siempre sirviéndose de una íntima vinculación con la comunidad. En tal sentido se realizó una revisión documental en artículos de revistas, libros y documentos oficiales del Ministerio de Salud Pública de Cuba con el objetivo de describir el origen, características y aportes del Programa de Medicina Familiar, como legado del pensamiento fidelista en el desarrollo del sistema de salud pública cubana. Se presentan elementos conceptuales del modelo, así como indicadores que sustentan la información. Con base en sus resultados, se concluye que el pensamiento y accionar de Fidel Castro Ruz sobre la salud pública cubana y en especial relacionado con el Programa de Medicina Familiar, siempre han estado vinculados a la garantía de la salud para todo el pueblo, la accesibilidad a todos los servicios de salud con calidad.

## INTRODUCCIÓN

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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>1-3</sup>

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.<sup>4</sup>

El Médico de la Familia es un Programa concebido por el sistema de salud de Cuba que tiene como objetivo principal mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, siempre sirviéndose de una íntima vinculación con la comunidad.<sup>4</sup>

A fines de 1983 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz concibió la idea de proporcionar al sistema de salud cubano un médico de nuevo tipo, capaz de brindar asistencia a la mujer embarazada, cuidar sus riesgos, su evolución y el

resultado del parto; luego seguir al niño en su desarrollo y comportamiento en el hogar y la escuela y, ya adulto, velar por su sano desempeño en su vida familiar y social, además de garantizar que reciba la debida atención durante la vejez. Entonces son elegidos diez médicos de brillante trayectoria académica que en noviembre de ese año, recibieron un curso introductorio por espacio de 15 días en el policlínico Lawton de la Ciudad de La Habana, así comenzaron a familiarizarse con la comunidad junto a igual número de enfermeras, con las cuales organizaron su futuro universo de trabajo.<sup>5</sup>

En la noche del 3 de enero de 1984 estos profesionales son presentados oficialmente ante su comunidad y al día siguiente se abren las puertas de los consultorios. Por ello, el 4 de enero de 1984 se considera como el día del nacimiento del modelo cubano de medicina familiar.<sup>5</sup>

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.

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.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

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.<sup>11</sup>

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.

## **OBJETIVO**

Describir el origen, características y aportes del Programa de Medicina Familiar, como legado del pensamiento fidelista en el desarrollo del sistema de salud pública cubana.

## DESARROLLO

Antes del triunfo revolucionario, en Cuba existían grandes desigualdades y agudos contrastes, una situación solo salvable con las medidas propuestas por Fidel en el histórico documento *La Historia me Absolverá*, que, a más de 60 años de su promulgación, son realidad irreversible y ejemplo de verdadera justicia social.

En cuanto a la salud pública señala: ..."El noventa por ciento de los niños del campo está devorado por parásitos que se les filtran desde la tierra por las uñas de los pies descalzos. La sociedad se conmueve ante la noticia del secuestro o el asesinato de una criatura, pero permanece criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se comete con tantos miles y miles de niños que mueren todos los años por falta de recursos. Y cuando un padre de familia trabaja cuatro meses al año, ¿con qué puede comprar ropas y medicinas a sus hijos? Crecerán raquíticos, a los treinta años no tendrán una pieza sana en la boca. El acceso a los hospitales del Estado, siempre repletos, sólo es posible mediante la recomendación de un magnate político que le exigirá al desdichado su voto y el de toda su familia para que Cuba siga siempre igual o peor".<sup>12</sup>

La salud resultaba quizás una de las ramas más demostrativas de la precariedad y diferencias a que estaban sometidos los cubanos, pues el 14 por ciento de los campesinos padecía de tuberculosis.

En dicho documento Fidel refiere además, que la mortalidad infantil era superior a 60 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos; la esperanza de vida no rebasaba los 55 años de edad; un médico por cada mil habitantes, pero concentrados en la capital.

En la Sierra Maestra, en plena lucha de liberación nacional, en horas de descanso, cuando conversaba con sus compañeros de sus proyecciones futuras después que triunfara la Revolución, nuestro Comandante refería:

"...Hay mucho que hacer. Después del triunfo será mayor el trabajo a realizar. No podemos defraudar la confianza que el pueblo de Cuba ha puesto en

nosotros. Hay que establecer... medidas a fondo para darle más bienestar y salud al pueblo. No hay que esperar que las enfermedades lleguen con su amenaza tétrica, hay que prevenirlas, hay que evitarlas. Desde ahora hay que ir elaborando los planes sanitarios..."<sup>12</sup>

El país contaba solamente con unos seis mil médicos, para una proporción de un galeno por cada mil 76 habitantes, y solo 3,3 camas en instalaciones hospitalarias por cada mil personas.

Del total, la mitad de esos profesionales emigraron a partir de 1959 hacia Estados Unidos alentados por los cantos de sirena promovidos por sus políticos más conservadores y los burgueses cubanos y testaferros batistianos que emigraron a sus predios.

En el discurso de Inauguración del ICBP "Victoria de Girón", octubre de 1962, señala:

"Con vistas al futuro, la única, la verdadera, la definitiva solución, es la formación masiva de médicos. Y la Revolución tiene hoy fuerzas, tiene recursos, tiene organización y tiene hombres-¡hombres!, que es lo más importante- para comenzar un plan de formación de médicos en las cantidades que sean necesarias. Y no solo muchos, sino sobre todo buenos; y no solo buenos como médicos, ¡sino buenos como hombres y como mujeres, como patriotas y como revolucionarios!".<sup>13</sup>

En el propio discurso Fidel comenta algunas de las acciones para garantizar la formación de los profesionales que necesitaba el país.

La formación masiva de médicos era una necesidad, pero esta debía hacerse con la mayor calidad. Sobre las cualidades que deben caracterizar a los jóvenes que ingresan a las escuelas de medicina, en el acto de constitución del Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". 1982, expresa:

"[...] para estudiar medicina se requiere realmente vocación, voluntad de estudio, preferencia de la medicina sobre cualquier otra carrera... para ser médico se requiere una sensibilidad exquisita, una gran calidad humana, gran

capacidad intelectual y una moral a toda prueba... ¿Qué médicos debemos formar? Médicos de altísima calidad, calidad científica, calidad política, calidad moral y calidad humana...".<sup>14</sup>

Insiste en los valores éticos y humanos que deben caracterizar al profesional de la salud en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en 1982, cuando dice:

"En el médico necesitamos tres cosas: la calidad humana, la calidad intelectual y la calidad político-moral indispensable. Hay que crearle una especial conciencia, hay que crearle una especial moral a este estudiante de medicina."<sup>7</sup>

En cuanto a la responsabilidad con que debían asumir el estudio, los métodos de evaluación y el rigor que debe primar en la selección de los estudiantes que cursarán la carrera de Medicina, en el Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas en mayo de 1984 reflexiona:

"[...] No concibo un estudiante de medicina finalista, que se conforme con estudiar al final, no lo concibo. Qué confianza, qué seguridad puede tenerse cuando va a atender a un ciudadano, a los hijos, a los padres, a los hermanos; qué confianza puede tenerse en aquel que le falta la voluntad de estudiar, teniendo una misión tan importante, tan vital, tan sagrada.

Y sobre los métodos de evaluación, tenemos que trabajar para que ese joven se vea obligado a estudiar todo el año. Debemos realizar una lucha sin cuartel contra el conformismo con relación a ese estudiante que se resigne a la mediocre nota de un tres.

Por lo tanto, la idea de que necesitamos médicos, y muchos médicos, no debe en lo más mínimo menoscabar el principio del rigor[...] Capacidades tenemos y estamos creando bastantes, suficientes, más que suficientes, para ingresar los que sean necesarios; pero no abandonar, bajo ningún concepto, el principio del rigor, y no descuidar en lo más mínimo la selección."<sup>15</sup>



En el Claustro Nacional de Ciencias Médicas, en 1983, Fidel insiste en el diseño de la Medicina General Integral como una especialidad médica, constituyendo un aporte de la salud pública cubana. Considera que la Medicina General Integral como especialidad, es el eje del perfeccionamiento del sistema nacional de salud, el profesional ideal para la colaboración médica internacionalista.

"Porque yo sigo insistiendo en la idea... de convertir la medicina general en una especialidad... se está trabajando ya en definir los perfiles de esta carrera. [...]

Esto entraña la idea de que en un futuro todos los médicos tengan también categoría de especialista... con este tipo de médico no tendríamos el limitante del número, puesto que es el médico que se puede necesitar en cualquier lugar; para la cooperación internacional es el tipo de médico ideal... Si ustedes van a apoyar cualquier país subdesarrollado, lógicamente tiene que mandar a algunos especialistas...; pero sobre todo lo que necesitan son esos médicos generales, que nosotros aspiramos que tengan un alto nivel."<sup>9</sup>

En la Asamblea Nacional del Poder Popular en el IV Período Ordinario de Sesiones, en julio de 1983 reflexiona sobre la importancia de esta especialidad.

"... afortunadamente, habrá una especialidad de gran valor, de gran importancia, de gran prestigio, que podremos hacerla masiva, porque es el tipo de médico que se necesita en casi todas partes que es el médico general integral. Una de las ideas que se desarrolló, relacionada con esta revolución en la medicina, fue la del Especialista en Medicina General Integral. Porque hoy llamamos médico general a aquel que no estudió nada más y que se diferencia del especialista. Claro que existe el internista, pero bueno, si usted va a mandar a un médico a un centro de trabajo, si usted va a mandar a un médico a una comunidad rural campesina, qué médico manda, manda a un anesthesiólogo, manda a un cirujano, donde no tiene ningún lugar donde operar, manda a un radiólogo, ¡ no!, tiene que mandar a un especialista en Medicina General Integral; que conoce de obstetricia, de ginecología, de pediatría, de higiene, de psiquiatría. Y por lo que veo, va a tener que aprender un poco también de estomatología, su poquito también."<sup>10</sup>

Es preciso destacar que la Medicina General Integral cubana no es un modelo completo y acabado, concebirlo así es negarle sus características dinámicas y dialécticas y sus posibilidades de perfección. Con él se aspira a ver cada vez menos personas, familias y comunidades con problemas de salud, convencidos que esta sanidad es una necesidad individual y comunitaria.

La concepción estratégica de nuestro Comandante en Jefe con relación al Programa del Médico y la Enfermera de la Familia constituye otro de sus aportes, desde su concepción hasta su implementación, teniendo en cuenta, que el mismo forma parte de la estrategia de desarrollo esencial para la necesaria transformación y perfeccionamiento del sistema nacional de salud cubano. En este sentido, señala:

"...Estos médicos de familia tienen un código especial, un código ético especial y riguroso, ¿por qué? Por el acceso que tienen a la familia, por la confianza que la familia les brinda, al extremo que, incluso, van a necesitar conocimientos de psicología y psiquiatría también. En cierta forma muchas familias les piden consejos sobre problemas y se convierten realmente en un profesional de gran influencia, de un gran prestigio, y de un gran aporte al bienestar y a la salud del pueblo. En esa tarea los médicos de familia van a jugar un papel fundamental...."<sup>11</sup>

El programa del médico y la enfermera de la familia significó, además, acercar la atención médica a las comunidades más intrincadas. En el año 1985 la construcción de los consultorios del Médico de la Familia se desarrolla con gran celeridad, en la provincia Ciudad de La Habana se construyeron 615 en un año y en la de Guantánamo 173, de los cuales 147 fueron edificados en las montañas.<sup>12</sup>

En este sentido en el Acto de Graduación del Primer Contingente Carlos J. Finlay, en septiembre de 1988, Fidel expone:

"No existe en ningún área rural del mundo, ni siquiera en las áreas rurales de los países capitalistas más ricos y desarrollados una cobertura como esa para la atención primaria de la población, ni en los países capitalistas industrializados... Contamos con regiones montañosas enteras con médicos de

familia. Es un avance considerable y una verdadera revolución en la asistencia primaria. Cuanto médico viene a Cuba suspira porque en su país un día puedan hacer lo mismo."<sup>13</sup>

La atención primaria de salud tiene su máxima expresión en el médico de la familia, modelo novedoso, pionero y de avanzada en la atención de salud que se brinda a la población; reconocido por Fidel en la Tercera Graduación del Contingente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, en agosto de 1990.

"Es una revolución lo del médico de familia y tenemos el privilegio de ser el único país en el mundo que ha establecido este programa. Es una revolución extraordinaria que nada ni nadie podrá detener, porque aun en período especial seguiríamos graduando médicos y estableciendo médicos de familia y si por alguna razón no podemos hacer vivienda, seguirán dando consulta en un garaje o en una sala."<sup>14</sup>

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.

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.<sup>15</sup>

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.<sup>16</sup>

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).<sup>17</sup>

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).<sup>17</sup>

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.<sup>18</sup>

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.<sup>18</sup>

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.<sup>18</sup>

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.<sup>18</sup>

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.<sup>18</sup>

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.<sup>19</sup>

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.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup>

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.<sup>21</sup>

Aún en las muy difíciles condiciones de este período se mantuvieron y mejoraron los principales indicadores de salud, 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.<sup>22</sup>

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.

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.<sup>23</sup>

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.<sup>24</sup>

Estas transformaciones, junto con los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales que sucedían en el país, llevaron a la actualización del modelo en algunos de sus elementos, que aparecieron en el nuevo Programa el Médico y Enfermera de la Familia del 2011.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup>

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.

## CONCLUSIONES

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.

Este modelo desde sus inicios cuenta con un enfoque clínico, epidemiológico y social, atención del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente; y participación comunitaria e intersectorial, con el fin de mejorar el estado de salud de los habitantes en todo el archipiélago nacional.

El pensamiento y accionar de Fidel Castro Ruz sobre la salud pública cubana y en especial relacionado con el Programa de Medicina Familiar, siempre han estado vinculados a la garantía de la salud para todo el pueblo, la accesibilidad a todos los servicios de salud con calidad, la formación y desarrollo de su capital humano y la cooperación y ayuda solidaria internacionalista. Sus ideas constituyen aportes al desarrollo y perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es). Citado el 5 Oct 2018.
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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es). Citado el 7 Oct 2018.
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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es). Citado el 10 Oct 2018.
4. Alemañy E, Perera Díaz G. Medicina Familiar en Cuba. Medwave. 2013;13(3):e5634. Disponible en: [http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Salud\\_Familiar/5634?ver=sindis=en](http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Salud_Familiar/5634?ver=sindis=en). Citado el 13 Oct 2018.
5. [https://www.ecured.cu/M%C3%A9dico\\_de\\_la\\_Familia](https://www.ecured.cu/M%C3%A9dico_de_la_Familia). Citado el 20 Oct 2018.
6. Vela Valdés 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 21 Oct 2018.
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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es). Citado el 30 Oct 2018.
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](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Citado el 20 Nov 2018.

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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es). Citado el 30 Nov 2018.
10. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Publica. 2015;41(Su1):48-56. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es). Citado el 1 Dic 2018.
11. Castro Ruz F. La Historia me Absolverá. En: Garófalo Fernández N, Enríquez O´Farril. Talleres de Historia de Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 48-49.
12. Martínez Páez J. Médicos en la Sierra Maestra. En: Rojas Ochoa F. Fundamentos Políticos Ideológicos de la Salud Pública Revolucionaria Cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. P.1-4.
13. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la inauguración del ICBP "Victoria de Girón", 17 de Octubre 1962 [Internet] [citado 10 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>.
14. Castro Ruz F. Reunión para constituir el I Contingente del Destacamento de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", 6 de enero 1982 [Internet] [citado 13 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>
15. 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.
16. 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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es). Citado el 30 Ene 2019.

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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es). Citado el 1 Feb 2019.
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>. Citado el 10 Feb 2019.
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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000300013&lng=es). Citado el 3 Mar 2019.
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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500004&lng=es). Citado el 11 Mar 2019.
23. 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>. Citado el 12 Abr 2019.
24. 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>. Citado el 15 Abr 2019.

25. 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>. Citado el 21 Abr 2019.
26. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: Ecimed; 2011.