

Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba Achievements and Challenges in Primary Health Care in Cuba

Silvia Martínez Calvo

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Cómo citar este artículo

Martínez Calvo S. Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado]; 17(2):157-160. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2325>

Recibido: 1º de marzo del 2018.

Aprovadd: 5 de marzo del 2018.

En las diferentes y numerosas versiones del tema Atención Primaria de Salud (APS), siempre es obligatorio mencionar la emblemática Conferencia de Alma-Atá, realizada en 1978 donde participaron 134 naciones y 47 organizaciones y su consecuente Declaración, donde se adoptó la estrategia APS para alcanzar la meta de "Salud para Todos". Sin embargo, en nuestro ámbito, un hecho poco recordado –por omisión u olvido– es la participación de los representantes de Cuba en esa ya clásica Conferencia, lo que podría considerarse un hito histórico para el Sistema Nacional de Salud.

En el documento elaborado para ese evento mundial, se incluyó como peculiaridad el trabajo permanente del personal de salud en las comunidades rurales en las montañas de Cuba y no solamente las actividades que, afianzadas en los niveles locales de los servicios en áreas urbanas se ejecutaban 17 años antes de celebrarse la Conferencia, o sea, desde la

creación del Sistema Nacional de Salud. Todo esto confirmaba que desde sus inicios, haya sido la Atención Primaria de Salud (APS) el cimiento en el cual descansa el Sistema de Salud Cubano. No obstante y transcurridos 40 años de la Declaración emitida y aprobada en aquella Conferencia, sería oportuno sintetizar en el espacio que brinda un editorial, algunos comentarios acerca del devenir de la APS en Cuba, pues resulta imposible constreñir el comentario a resumir todo lo dicho y escrito en estos años sobre la APS, sus interpretaciones y formas de aplicación, bien descritas en los documentos y orientaciones programáticas de los organismos internacionales de la salud.

Durante los primeros 25 años de desarrollo del sistema, considero dos momentos de reforma de los servicios de salud, que no del sistema en su conjunto: la creación del Policlínico Integral y el modelo de Medicina en la Comunidad, que ofrecieron espacios privilegiados para ejecutar

las actividades de APS, iniciales en el primer momento y más consolidadas en el segundo. Sería interesante indagar si nacionalmente se reconoció el carácter de filosofía, estrategia y nuevo nivel de atención que se precisó desde la OMS en etapas posteriores a la Declaración de Alma-Atá y establecidas como pertinentes aclaraciones dirigidas a los detractores que consideraban la APS una "atención médica para pobres", así como, el grado de incertidumbre surgido en varios países que intentaban desarrollarla, al confundir y trastocar sus principios.¹

No es menos cierto que en el caso de Cuba al constituirse la APS como base del sistema de salud, de esa tríada -filosofía, estrategia y nuevo nivel de atención- unas se desarrollaron más que otras, sobre todo el carácter estratégico de la APS concentrado en la ejecución de los innumerables programas de salud desde los centros y unidades del nivel primario, pues siempre habrá que preguntarse cuál fue la participación de los hospitales en esa estrategia. Es una pregunta no respondida con evidencias científicas, pues aunque estas unidades de segundo nivel también se reconocieron como importantes y con actividades definidas, al parecer, es este uno de los puntos de incertidumbre, no debidamente esclarecido en el desarrollo de la estrategia APS en Cuba.

Como filosofía, la APS debía acompañarse de una nueva visión de la salud, o sea, debía reconocerse la salud como parte integrante del desarrollo, abandonar el enfoque de "salud enfrentada a la enfermedad", adoptar una renovada conceptualización dirigida a la identificación de los determinantes que influyen en el nivel de

salud de la población e incorporar un verdadero trabajo intersectorial que contribuyera a elevar ese nivel. ¿Qué sucedió en Cuba? A pesar de los reclamos de los científicos sociales y los principios del sistema de salud, el médico continuaba y continúa ocupando el centro de atención, es el recuperador de salud por excelencia y el "sector salud", era uno más dentro de los sectores sociales.

Al establecerse el Modelo de Atención del Médico y Enfermera de Familia a mediados de los 80 -tercer momento de reforma de los servicios- se renueva la visión macrosocial de la salud al diseñar en la formación del médico familiar dos importantes y diferenciadas competencias: analizar la situación de salud (ASIS) y dispensarizar a la población que atiende. El término "dispensarizar", casi siempre inexcusable para el resto de los países, más bien parece corresponder a una estrategia de riesgo individual, pero aún perdura el inusual término. En la primera década de ejecución de este Modelo -que considero como su "época de oro"- se intentó cumplir con las tres características de la APS, incluido el nuevo nivel de atención, pues el equipo de salud, ya no solamente el médico, comprometía a la comunidad en la identificación y solución de sus problemas, tal como se establecía por la APS, o sea, la real participación de la comunidad como elemento distintivo de ese "nuevo nivel de atención". Esto último, también se reprodujo en las etapas del modelo Medicina en la Comunidad en los 70 y parte de los 80, aunque no totalmente generalizado. Es innegable el deterioro del Modelo del Médico de Familia principalmente a mediados de los 90, tanto por razones estrictamente económicas

como por cierto grado de incompetencia gerencial, por eso el llamado para su renovación desde los niveles superiores. Son numerosos y diversos los estudios e investigaciones dedicados a indagar el desempeño del médico familiar en sus dos singulares competencias, y los resultados no han sido muy halagüeños tanto en la realización del ASIS, como en el retorno a su papel de "médico recuperador", aunque por fortuna estos resultados no pueden generalizarse. En una reciente intervención, el ministro de Salud Pública expresó:

Que la población cubana reconozca en la comunidad a «su médico» y a «su enfermera» y continuar rescatando los conceptos fundacionales de este programa, que constituye el pilar fundamental del Sistema de Salud Pública en el país, es uno de los mayores retos que este sector se propone para el año 2018.²

Las evidencias son suficientes para exigir la renovación no solamente del Modelo, sino también la renovación de la APS en su conjunto, para lo cual se establecieron lineamientos y orientaciones desde la OMS y su oficina regional OPS/OMS, al cumplirse 25 años de la Declaración de Alma-Atá, al tiempo que se reconoció su contribución en esa lapso a muchos de los avances en el estado de salud de las poblaciones. A pesar del reconocimiento, era necesaria la renovación con el propósito de:

Revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr

mejoras sostenibles de salud para toda la población.³

Debe aprovecharse este momento de renovación, para precisar cuáles fueron los aportes al desarrollo de la APS que se realizaron en Cuba, aunque no existen dudas que sus buenas prácticas derivaron, por una parte, de la voluntad política que propició una infraestructura física y la estabilidad del Sistema de Salud; por otra parte, de la total entrega de los profesionales y técnicos de la salud que se desempeñaron y se desempeñan, básicamente, en el nivel primario de atención y que constituyen el componente esencial de cualquier sistema de salud. Como en toda obra humana, no pueden ocultarse insuficiencias, deficiencias, errores y fracasos, pero en el balance necesario, los resultados positivos contribuyeron a lograr un buen nivel de salud para los cubanos y que ahora, con los cambios políticos, sociales, económicos y generacionales, no debe perderse.

Al mantener la APS como cimiento del Sistema de Salud es obligado rescatar una consecuente filosofía de la salud, o sea, saber qué determina o influye en la situación de salud de nuestros ciudadanos, y no solamente priorizar su necesaria y obligada recuperación; entender la necesidad impostergable de renovar las estrategias de los servicios, que para la APS consiste en un reordenamiento de prioridades en todos los niveles organizativos del Sistema de Salud, sobre todo, que el hospital no se considere como el centro del sistema y se abra a la comunidad; fortalecer el modelo de Medicina Familiar y agilizar la transformación del vínculo con la comunidad en el Nivel Primario de Atención, con una verdadera "alfabetización en

salud" que garantice a la comunidad -cuyos integrantes deberán reconocerse como personas y no exclusivamente como seres humanos- adoptar decisiones y contribuir a la solución de sus problemas de salud, como el grado superior de participación comunitaria.

La experiencia de los años transcurridos con un

saldo positivo para el desarrollo de la APS, el elevado nivel científico del personal de salud, los adelantos tecnológicos (sistemas de información) y sobre todo, la voluntad para desarrollar políticas públicas consecuentes, pueden lograr esa verdadera renovación que en estos momentos constituye un reto para el Sistema Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Atención Primaria de Salud en la práctica. Revista Foro Mundial de la Salud. 1987; 8(1):60.
2. Fariñas A. Atención Primaria: el eslabón más valioso. Granma (La Habana). 25 de febrero de 2018.
3. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de

posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC. [Internet]. 2007. [consultado 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf

Silvia Martínez Calvo. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

E-mail: calvo@infomed.sld.cu