

El futuro de la atención primaria: elevar el perfil de la profesión de enfermería en Cuba

Conner Gorry

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria fundamental basada en prácticas científicamente válidas y métodos y tecnología socialmente aceptables que se hacen universalmente accesibles para individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación... Ella constituye una parte integral tanto del sistema de salud del país, del cual es la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico general de la comunidad”.

Declaración de Alma-Atá de 1978

La Conferencia Internacional de Alma-Atá sobre la Atención Primaria de Salud marcó un punto decisivo en la salud mundial: un consenso que fue difícil de ganar estableció el servicio de salud como un derecho humano y la atención primaria accesible como fundamental para alcanzar la meta de ‘salud para todos’, y especialmente, para ir cerrando la brecha entre países ricos y pobres. En ese momento, Cuba ya había transformado su propio enfoque de salud, con la adopción de un sistema de salud pública único y universal, mediante el diseño de una atención primaria basada en servicios de salud en la comunidad. Pero justo después de la reunión de Alma-Atá fue que Cuba lanzó su más audaz reforma en la atención primaria de salud: el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Introducido en 1984, el programa se expandió rápidamente, ubicando médicos y enfermeras en los barrios y en las zonas rurales por toda Cuba. Los equipos eran responsables de la salud de una población definida geográficamente y reportaban a un policlínico local. Su tarea era implementar una estrategia de servicios integrados, orientados a la comunidad, con énfasis en la prevención, la promoción de salud, la participación pública y la responsabilidad del paciente.

Casi tres décadas más tarde, los equipos del médico y la enfermera de la familia siguen siendo el fundamento del sistema de atención primaria de la salud de Cuba. Además, mientras muchos observadores se focalizan en la actividad del médico miembro del dúo, es la enfermera de la familia —desde las estrechas calles de la Habana Vieja hasta las montañas de la Sierra Maestra— quien contribuye a la importante continuidad de la atención a las familias y sus barrios con su permanencia en la comunidad a través del tiempo.

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CUBANA

El enfoque de Cuba orientado a la comunidad ha ayudado a la población del país a lograr un estado de salud similar al de los países desarrollados del mundo, al ubicar los servicios cerca de donde los pacientes los necesitan. Este enfoque prioriza las poblaciones vulnerables, se centra en la prevención y en la promoción de salud y proporciona una atención integrada y universal desde el nivel primario hasta el terciario. Como testimonio de la eficacia de la estrategia cubana están los principales indicadores de salud, entre ellos una esperanza de vida al nacer de 78 años,

la mortalidad infantil de 4.5 por cada 1 000 nacidos vivos y solo el 5% con bajo peso al nacer. Cuba ha logrado anticipadamente la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, que incluyen la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la enseñanza primaria universal, la promoción de la igualdad de géneros y la reducción de la mortalidad infantil.[1,2]

Los servicios de atención primaria en Cuba son proporcionados por los médicos y las enfermeras de familia trabajando en pequeños consultorios ubicados en el barrio. Cada consultorio es responsable de la salud de hasta 1 500 individuos —unas 375 familias. En las zonas remotas y rurales donde el área de influencia incluye menos de 300 personas, los consultorios son dirigidos por una enfermera que posee una maestría en enfermería o tiene nivel de especialista en atención primaria y que es apoyada por el médico más cercano.[3] Es importante señalar que a los médicos recién graduados se les exige hacer su primera residencia en medicina familiar; algunos se mantienen en este terreno, y otros van a una segunda especialidad.

Las clínicas comunitarias son denominadas en Cuba “policlínicos”. Estos constituyen el segundo nivel de atención de servicios integrados de atención primaria. Cada policlínico proporciona apoyo, referencias y el liderazgo a los consultorios del médico y la enfermera de la familia que lo rodean. Los policlínicos cuentan con pediatras, ginecólogos obstetras, internistas, fisioterapeutas y otros especialistas, así como con enfermeros y enfermeras. Ellos cuentan con trabajadores de la salud y tecnología apropiados para proporcionar servicios tales como imagenología, laboratorio clínico, endoscopia, ultrasonido y a veces incluyen servicios de estomatología. Cada policlínico presta servicio en el barrio a entre 40 y 60 consultorios del médico y la enfermera de la familia, con una cobertura de población de 20 000 a 60 000 personas.

Mantener la coordinación eficiente entre los consultorios y el personal del policlínico, mientras se garantiza la atención adaptada al cuadro de salud de cada comunidad, puede ser un reto. Un mecanismo para maximizar las sinergias entre estos proveedores de atención primaria, también utilizado para evaluar tanto el rendimiento organizacional como el de los profesionales de salud, es el grupo básico de trabajo (GBT). Centrado en los policlínicos, los GBT supervisan el trabajo de los médicos y las enfermeras de la familia, y proporcionan el vínculo entre ellos y otros servicios especializados, así como con la comunidad. Cada grupo básico está compuesto por un equipo integrado por jefe de equipo, enfermero supervisor, internista, pediatra, ginecólogo obstetra, psicólogo y estadístico. En dependencia del cuadro de salud de un área, pueden contar con otros especialistas, por ejemplo, trabajadores sociales y epidemiólogos.

ESTRATEGIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La referencia para el diagnóstico individual y familiar de salud en Cuba es conocida como *dispensarización*, un modelo de seguimiento continuo y evaluación de riesgos, implementado por los médicos y las enfermeras de la familia.

DISPENSARIZACIÓN

Se trata de un proceso organizado, continuo y dinámico para evaluar la salud individual y familiar que utiliza cuatro clasificaciones:

Grupo 1: Personas sanas libres de riesgos para la salud o discapacidades, que pueden realizar su vida cotidiana de forma equilibrada, independiente y responsable;

Grupo 2: Personas en situación de riesgo expuestas a condiciones que, si no se controlan, pueden aumentar la vulnerabilidad a los daños de la salud del individuo o la familia;

Grupo 3: Personas enfermas, que son diagnosticadas con enfermedades transmisibles o no transmisibles; y

Grupo 4: Personas cuyas capacidades se han deteriorado o están discapacitadas.

Fuente: Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, Ministerio de Salud Pública, 2011

Como cada paciente está registrado en el sistema de dispensarización a través de visitas a la casa y al consultorio, los médicos y las enfermeras de la familia formulan un plan para concentrarse en los individuos y las familias que más necesitan de sus servicios, priorizándolos para citas y seguimiento según lo establecido en los protocolos de atención primaria.

Sin embargo, el diseño de soluciones e intervenciones apropiadas y efectivas para todo el barrio requiere un análisis y una comprensión más profundos de las causas subyacentes de las enfermedades y de la mala salud. Para esto, los médicos y las enfermeras de la familia desarrollan anualmente un análisis de la situación de salud. Este análisis necesita la identificación de “las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y medioambientales que tienen un impacto en la salud de la población, así como de los problemas de salud que afectan a individuos, familias y comunidades, con el objetivo de desarrollar acciones correctivas”.[4]

Las enfermeras de la familia, quienes generalmente viven en el barrio donde brindan sus servicios, son la puerta de entrada a la dispensarización del área al nivel del hogar y al análisis de la situación de salud del barrio. Maricela Torres, supervisora de enfermería de los servicios de atención primaria en un policlínico de La Habana (1993-1998) y actualmente coordinadora de la Red Cubana de Enfermería de Salud Infantil, explica: “las enfermeras comunitarias son como miembros de la familia: ellas conocen a sus pacientes y comparten los mismos problemas cotidianos. Ellas hacen visitas a domicilio, alertan a los pacientes sobre los factores de riesgo, asesoran sobre la reducción del riesgo y brindan mensajes de promoción de salud.

Las enfermeras monitorean a las mujeres embarazadas en sus barrios, asesorándolas sobre cómo mantenerse saludables durante el embarazo y después (por ejemplo, aconsejan a los padres acerca de cómo hacer su hogar seguro, una vez que su hijo empieza a caminar)”. Estas relaciones cercanas al paciente y el conocimiento íntimo de los factores sociales determinantes, proporcionado por el vivir en la comunidad, les permiten a estas enfermeras identificar temprano los factores de riesgo y ayudar a diseñar respuestas intersectoriales.

LA POLÍTICA SE PONE EN PRÁCTICA

La práctica de enfermería en Cuba está coordinada y supervisada por la Dirección Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública. Las responsabilidades y las funciones de las enfermeras de la comunidad se describen en los protocolos del Programa Nacional del Médico y la Enfermera de la Familia. El marco legal para el entrenamiento, las responsabilidades, las acciones y las intervenciones permitidas para todas las enfermeras se expone en la Ley 396.[5]

Juntos, estos mecanismos establecen cómo los servicios del médico y la enfermera de la familia son organizados, implementados y evaluados. El médico y la enfermera de la familia del barrio son la “columna vertebral para la implementación de todas las actividades programadas. Ambos son responsables por el trabajo que hacen, con el médico al frente del equipo”. [4] Este enfoque de trabajo en equipo exige una estrecha coordinación entre el médico y la enfermera (y con el correspondiente policlínico comunitario), dado que comparten responsabilidades clínicas y administrativas; cuando está debidamente aplicado, este enfoque maximiza el suministro de servicios y de atención de salud primaria integrada y exhaustiva.

Las enfermeras de la familia son responsables de una serie de acciones relacionadas con la documentación, el seguimiento y la ayuda para mantener la salud de los individuos y las familias en su comunidad. Además de recibir los pacientes, de suministrar y actualizar sus registros clínicos, dar seguimiento a su salud y organizar los exámenes y pruebas programadas regularmente, estas enfermeras:

- identifican a las personas que requieren visitas a domicilio;
- realizan visitas diarias a los pacientes que requieren atención domiciliaria;
- establecen las prioridades de atención, previa consulta con el médico de familia;
- ofrecen charlas educativas y de promoción de salud;
- miden los signos vitales, peso y talla de los pacientes;
- monitorean el estado de salud de los pacientes que requieren un control sistemático;



Una enfermera realiza una visita a domicilio en la Sierra Maestra, región montañosa situada en el este de Cuba.

- monitorean el progreso de la rehabilitación;
- programan e implementan, con la participación del médico de la familia y de otros especialistas si se requiere, acciones dirigidas a la atención de pacientes prioritarios, entre los que se encuentran las mujeres embarazadas, los recién nacidos, los niños y los adultos mayores;
- ejecutan los programas de vacunación;
- coordinan a los estudiantes de enfermería durante sus rotaciones de práctica familiar; y
- sirven de enlace con los voluntarios de promoción de salud.

Las enfermeras de familia también son responsables de los chequeos de los niños entre uno y 19 años de edad. Este chequeo se programa regularmente con una frecuencia mínima anual y mide el desarrollo físico y psicomotor del niño. Incluye un examen físico, la medición de peso y talla, y también evalúa el desarrollo de las habilidades motoras. Las enfermeras están especialmente entrenadas para llevar a cabo estos exámenes; los médicos de familia siguen personalmente el desarrollo de los lactantes hasta que alcanzan su primer cumpleaños.[6]

Dado que la estrategia cubana enfatiza un enfoque biopsicosocial integrado para salud y bienestar, las enfermeras en la comunidad contribuyen al desarrollo y la implementación de acciones intersectoriales dirigidas a los determinantes sociales, el estilo de vida, los factores de riesgo y los hábitos poco saludables. Según las Proyecciones de Salud Pública para el 2015 en Cuba,[7] la primera prioridad para mejorar los indicadores de salud es el logro de una efectiva intersectorialidad. Estas directrices señalan que conseguir que los sectores pertinentes trabajen juntos “es imprescindible para mejorar la salud y el bienestar de la población [y] será estrategia para el logro de los objetivos de salud para el año 2015”.[7]

Como ejemplos de la eficaz colaboración intersectorial sirven dos proyectos dirigidos por enfermeras: las brigadas de voluntarias de salud y la Construcción de Género para la Atención Integral de la Salud Infantil. El primero es un programa nacional que identifica y capacita promotores de salud de la comunidad para llevar a cabo la prevención y la promoción de salud en sus barrios. Fundado poco después de establecido el sistema de atención primaria, involucra a la Federación de Mujeres Cubanas —con más de tres millones de miembros, una de las mayores organizaciones de la sociedad civil de Cuba[8]— y al consultorio del médico y la enfermera de la familia. Las enfermeras supervisan y coordinan a las voluntarias y establecen prioridades en las actividades de prevención y promoción para el barrio. Estas pueden incluir el control de vectores y la prevención del dengue, la divulgación sobre las donaciones de sangre y el estímulo a participar en ellas, o la promoción casa por casa de los programas de pesquiseo, por ejemplo, para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino mediante la prueba de Papanicolaou.

El proyecto de género es coordinado por la Red Cubana de Enfermería para la Salud Infantil, con la colaboración del Colectivo de la Red de Género y Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, los Pioneros José Martí —la organización nacional de los jóvenes de edad escolar— y la Universidad de La Habana. Esta iniciativa innovadora lleva a las aulas de las escuelas primarias el aprendizaje interactivo con perspectiva de género, con el objetivo de romper los prejuicios de género para mejorar la salud y el bienestar. La Red Cubana de Enfermería de Salud Infantil, otra vez trabajando con los pioneros en las escuelas, también organiza talleres de enfermería para motivar a los estudiantes

“Haber obtenido el grado de maestría en la atención primaria de la salud me enseñó a diferenciar entre diagnóstico de salud y análisis de salud. A menudo igualamos los dos, pero el conocimiento de cuántos hipertensos o diabéticos hay en el área de influencia no es lo mismo que comprender lo que causa estas condiciones o la forma de abordarlas. Mi trabajo de posgrado me enseñó la manera de integrar el diagnóstico de salud con los factores y determinantes sociales, así como con las preocupaciones de mi comunidad. El trabajo de curso me dio las herramientas para dar prioridad a esos problemas y desarrollar acciones para mejorar la salud de la comunidad —la meta final, después de todo”.

—Caridad Dandicourt

hacia la profesión. Estos programas de divulgación muestran técnicas básicas de enfermería, proporcionan modelos de conducta y generan entusiasmo por las carreras de enfermería. “He tenido enfermeros que se me acercan y dicen que fueron motivados para estudiar enfermería después de asistir a estos talleres, cuando niños”, dice la coordinadora de la red Maricela Torres, quien también es profesora en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Debido a la gran diversidad de tareas que incluye las visitas a domicilio, la realización de exámenes físicos, el monitoreo a individuos en situación de riesgo, las charlas de prevención y promoción de salud, la coordinación de actividades intersectoriales y la realización de tareas administrativas, sería razonable que las enfermeras de la familia se encontraran bajo un considerable estrés relacionado con el trabajo. Sin embargo, ninguna de las enfermeras entrevistadas por *MEDICC Review* reportó el trabajo como una fuente de estrés. La investigación muestra que algunas enfermeras de especialidades como oncología y atención de emergencia experimentan considerable estrés relacionado con el trabajo.[9] Sin embargo, cuando se preguntó a las enfermeras cubanas de la familia, respondieron con



Una enfermera obstétrica en una unidad neonatal, provincia de Pinar del Río, Cuba.

comentarios como “Personalmente, no he experimentado estrés debido a mi trabajo. La enfermería comunitaria es acerca de la prevención y la promoción de salud y mantiene un alto grado de relación personal y de ayuda con sus vecinos. No es que las personas no tengan estrés en sus vidas, todos lo tienen, pero trabajar en un consultorio de un médico de familia, en general, es una experiencia positiva. Además, el trabajo en equipo ayuda a mitigar el estrés”.[10] Como trabajan en el entorno de su lugar de residencia, estas enfermeras evitan también factores estresantes relacionados con el transporte público atestado; pueden llegar a tiempo al trabajo y regresar a casa para acometer la “segunda jornada” de trabajo —ahora en el hogar— que enfrentan las mujeres cubanas.

FORMACIÓN DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN CONTINUA

En Cuba se ofrecen tres niveles de enseñanza de enfermería: nivel técnico, nivel profesional universitario y nivel de especialista (posgrado). La diferencia entre ellos resulta del nivel cuantitativo y cualitativo de la formación. Las enfermeras profesionales siguen un currículo científico de mayor profundidad, que les permite una gama más amplia de toma de decisiones de salud y la capacidad y el juicio para tomar las acciones correspondientes. Todos los estudiantes que cursan carreras de enfermería hacen rotaciones en consultorios del médico y la enfermera de la familia.

En una reciente visita al departamento de enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo en La Habana, observamos la intensa actividad y el despliegue de energía de los estudiantes correspondientes a los niveles técnico y profesional de enfermería,[11] todos con sus batas blancas ajetreando en el aula y reuniéndose para intercambiar experiencias.

“En los últimos años, el país ha estado haciendo esfuerzos por elevar el perfil de la enfermería como una profesión y estamos empezando a ver los resultados. Antes solíamos tener aulas de 10 o 15 alumnos”, dice Caridad Dandicourt, jefa de educación de enfermería en la escuela. “Hoy tengo 62 técnicos y 40 profesionales estudiantes de enfermería. Hay mucho entusiasmo para la profesión en este momento y estos jóvenes están motivados”.



Formación de estudiantes de enfermería a través de la práctica en un policlínico de La Habana.

Las oportunidades de posgrado para enfermeros han crecido de modo exponencial desde que este nivel de educación se introdujo por primera vez en la década de 1990 y la demanda de formación de posgrado continúa creciendo. Actualmente, los enfermeros pueden seguir la formación de posgrado en especialidades médicas (pediatría, cardiología, oncología, ginecología y obstetricia, etc.); disciplinas relacionadas con la salud pública como la atención primaria, la epidemiología, la psicología de la salud, la economía de la salud y similares; o grados multidisciplinarios en las comunicaciones, estadísticas y pedagogía. Cuba ha estado relativamente lenta para introducir un doctorado en enfermería, pero con el apoyo de la Universidad de Manitoba, Canadá, desarrolló un plan de estudios basado en programas internacionales de doctorado de enfermería y ya se han graduado dos doctores.

Dandicourt se motivó para obtener una maestría en salud pública cuando se desempeñaba como directora de los servicios de enfermería en un municipio habanero, sintiendo la necesidad de más conocimientos y mejores herramientas para ser más eficaz en su posición. “Recibí esas herramientas, pero para mi sorpresa, también aprendí a identificar problemas dentro del sistema de atención primaria y a desarrollar acciones para resolverlos”, dijo a *MEDICC Review*. “Aprendí sobre la intersectorialidad, la forma en que puede —y debe— ser integrada con la atención primaria. Sobre todo, me enseñó que los problemas no pueden ser resueltos por los profesionales de la salud actuando solos, sino que tienen que involucrar a toda la comunidad”.

En Cuba, donde los salarios profesionales son bajos, es importante tener en cuenta que las enfermeras que cursan posgrado continúan recibiendo su salario en un sistema de estudio y trabajo. Una vez que las enfermeras completan sus programas de posgrado, reciben el correspondiente aumento de salario. Estos dos factores han contribuido a las altas tasas de matrícula de posgrado.[6] El respeto y el reconocimiento que las enfermeras de la familia reciben en sus comunidades es otro factor de motivación para continuar la educación y ayuda a mitigar la baja remuneración.

EL ELEFANTE EN LA HABITACIÓN: LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

En Cuba, como a nivel internacional, desarrollar capacidades de investigación y publicación entre las enfermeras es una prioridad. Sin embargo, grandes obstáculos hacen de ambos propósitos un reto. Estos incluyen la no existencia de requisitos en cuanto a la realización de investigaciones, la falta de apoyo por parte de los institutos de investigación y la débil vinculación entre las prioridades nacionales y la investigaciones relacionadas con la enfermería, especialmente en el primer nivel de atención.[12]

En Cuba, la Revista Cubana de Enfermería se dedica a la publicación de investigaciones originales dirigidas por enfermeros y enfermeras, pero, al igual que la mayoría de la literatura científica internacional, se centra en la atención al paciente y en la investigación clínica. Los estudios que contribuyan a la mejora cualitativa de los servicios de enfermería en el nivel primario de atención y en todo el sistema de salud requerirían una mayor focalización en la investigación de los sistemas de salud.

“Tenemos mucho trabajo que hacer en este tema”, dice la profesora Maricela Torres, que ha dirigido y publicado investigaciones científicas y fue la primera enfermera cubana en obtener un doctorado en ciencias de la salud. “Para mí, desarrollar la capacidad de investigación de los enfermeros y las enfermeras y motivarlos para llevar a cabo y dirigir la investigación, es el reto más importante que enfrenta la enfermería cubana de hoy”.

Torres subraya la importancia de la investigación multidisciplinaria, no sólo la que se enfoca exclusivamente en enfermería, y menciona el carácter interdisciplinario de la salud pública y la importancia de la intersectorialidad. La variedad de títulos de posgrado que se ofrecen y los requisitos para alcanzarlos pone cada vez mayor énfasis en la investigación. “La percepción de los enfermeros y las enfermeras no sólo como practicantes, sino también como investigadores, va cambiando en la medida que adquirimos experiencia investigativa, participamos en comités científicos, y ponemos la investigación en práctica para ayudar a resolver problemas de salud y mejorar la prestación de servicios de salud”, dice ella.

Como presidenta de la división de enfermería comunitaria de la Sociedad Cubana de Enfermería, Dandicourt está abordando de frente el problema de la capacidad de investigación. Con el apoyo de un comité ejecutivo, ella recibe, organiza, analiza y prioriza la información presentada por dependencias municipales y provinciales de la Sociedad. Esto incluye los problemas de salud de las comunidades, la prestación de servicio en atención primaria, el rendimiento de enfermería y más. “Para el análisis preciso de los datos es extremadamente importante que la información provenga de las enfermeras que trabajan en las comunidades —desde la base— ya que son ellas quienes están más familiarizadas con los problemas y los retos”.

Esta información viaja desde el nivel municipal al provincial y finalmente al nacional. Una vez que los problemas de salud han sido identificados y priorizados, se desarrolla un plan de acción, coordinado por las distintas divisiones de la Sociedad.

No todas las provincias enfrentan los mismos retos. A modo de ejemplo, Dandicourt cita La Habana (la capital, considerada una provincia), donde la organización y la formación de las enfermeras que realizan chequeos a niños sanos ha sido identificada como un área problemática. En otras provincias, la falta de capacidad de investigación y de oportunidades de investigación científica ha sido señalada como un reto, especialmente en enfermería comunitaria. Para hacer frente a estas deficiencias, la división de investigación científica de

la Sociedad de Enfermería evalúa las acciones necesarias en cada provincia, tales como talleres sobre investigación cualitativa y publicación científica o asistencia a congresos relacionados.

El día en que habló con *MEDICC Review*, Dandicourt estaba preparando la reunión nacional de la división de investigación científica. El evento evalúa el avance en la investigación en enfermería, mide el desarrollo de la capacidad de investigación de los enfermeros y las enfermeras, y analiza qué provincias están sobresaliendo (y por qué), así como cuáles se están quedando rezagadas, para definir el apoyo que necesitan. “Algunas provincias lo están haciendo extraordinariamente bien en el desarrollo de su capacidad de investigación y nosotros estudiamos cómo podemos replicar ese éxito en todo el país”, comenta ella.

Con una sonrisa, Dandicourt se negó a dar a los lectores de *Medicc Review* una exclusiva sobre qué provincias están a la cabeza de la investigación en enfermería, pero ella dice que confía en que algunas de estas investigaciones serán publicadas en nuestras páginas.

CONCLUSIONES

Los servicios de atención primaria orientados a la comunidad, accesibles, con empleados profesionales de la salud debidamente capacitados, constituyen una estrategia eficaz y replicable para mejorar la salud de la población y apoyar el bienestar —especialmente en entornos con escasos recursos. La prevención, que incluye los programas de vacunación, la reducción de factores de riesgo y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, ha demostrado su eficacia como primera línea de defensa.

El modelo cubano del médico y la enfermera de la familia, que entrena y faculta a las enfermeras de la comunidad para diagnosticar, analizar y diseñar respuestas a los problemas de salud de la comunidad en una cultura de apoyo al trabajo en equipo, ha ayudado a Cuba a lograr extraordinarios indicadores de salud en todo el país. Este éxito ha engendrado el respeto y el reconocimiento a los enfermeros y las enfermeras de la familia en Cuba, el cual continúa en ascenso, pues más enfermeros y enfermeras quieren ingresar en cursos de niveles de posgrado y obtener la especialización en enfermería comunitaria y en otras áreas clave para la atención de la salud pública. Sin embargo, con el fin de mantener y mejorar el estado ya alcanzado de salud de la población, los enfermeros y las enfermeras y el sistema de salud enfrentan el reto de desarrollar y aplicar la capacidad de investigación científica, ampliar y fortalecer acciones intersectoriales y continuar trabajando para fomentar una mayor participación pública en la mejora de la salud comunitaria. 

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Keck CW, Reed G. The Curious Case of Cuba. *Am J Public Health* 2012;102:e13-e22.
2. United Nations, MDG Country Progress Snapshot: Cuba. [Internet]. New York: United Nations; 2012 Dec [cited 2013 Apr 18]. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>
3. Providing accessible health services for remote and rural populations has been a priority since the founding of the national public health system in 1961 To address needs specific to these communities, Cuba launched the Plan Turquino-Manatí in 1987. For details on the Plan and strategies for rural health in Cuba, see *Over the Hills and Far Away: Rural Health in Cuba*. MEDICC Rev. 2012 Jan;14(1):6–10.
4. Family Doctor-and-Nurse Programme. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011.
5. Anexo a la Resolución Ministerial No. 396/07: Regulaciones de la Práctica de Enfermería. [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2008 Jan 3. [cited 2013 Apr 14]. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/04/anexo-resolucion-396.pdf>
6. This model is slightly different in rural and remote areas. Interview with Maricela Torres, coordinator, Cuban Nursing Network for Child Health and professor, National School of Public Health, 2013 Apr 2.
7. Ministry of Public Health (CU). Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. Havana: Ediciones de Ciencias Médicas; 2006 Feb.
8. Perez C. *Caring for them from Birth to Death*. Maryland: Lexington Books; 2008.
9. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of work related stress in nursing. *Health*. 2010;4(4).
10. Interview with Caridad Dandicourt, chief of nursing education, Manuel Fajardo Medical Sciences Faculty and president, community nursing section, Cuban Nursing Society. 2013 Apr 9.
11. Postgraduate degrees are offered at the National School of Public Health and corresponding tertiary level institutions.
12. Martínez N. Developing Nursing Capacity for Health Systems and Services Research in Cuba 2008-2011. MEDICC Rev. 2012 Jul;14(3):12-18.

Citación sugerida: Gorrry C. El futuro de la atención primaria: elevar el perfil de la profesión de enfermería en Cuba. MEDICC Rev. 2013 Apr;15(2). Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=297.es>

Primary Care Forward: Raising the Profile of Cuba's Nursing Profession

Conner Gorry MA

"Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation...It forms an integral part of both the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community."

Declaration of Alma-Ata, 1978

The Alma-Ata International Conference on Primary Health Care was a watershed in global health: the hard-won consensus established health care as a human right and accessible primary care as fundamental to 'health for all,' and especially to closing the gap between rich and poor countries. At the time, Cuba had already transformed its own health approach by adopting a single, universal public health system, and by devising primary care based on health facilities in the community. But it was on the heels of the Alma-Ata meeting that Cuba launched its most daring reform in primary health care: the Family Doctor-and-Nurse Program. Introduced in 1984, the program expanded rapidly, posting doctors and nurses in neighborhoods and rural areas across Cuba. The teams were responsible for the health of a geographically defined population and reported to a local polyclinic. Their task was to implement a strategy of integrated, community-oriented care emphasizing prevention, health promotion, public participation and patient responsibility.

Almost three decades later, the family doctor-nurse teams remain the bedrock of Cuba's primary health care system. Moreover, while many observers focus on the physician member of the duo, it is the family nurse—from Old Havana's narrow streets to the mountains of the Sierra Maestra—whose stability in the community over time centers the work and provides the all-important continuum of care for families and their neighborhoods.

Components of Cuban Primary Health Care

By locating services near where patients need them; prioritizing vulnerable populations; focusing on prevention and health promotion; and providing integrated, universal care from primary through tertiary level, Cuba's community-oriented approach has helped the nation's population achieve a health status similar to the world's developed countries. Testifying to the effectiveness of the Cuban strategy are main health indicators such as life expectancy at 78 years, infant mortality at 4.5 per 1000 live births, and 5% low birthweight infants, as well as early achievement of most of the UN's Millennium Development Goals, including eradicating extreme poverty and hunger, achieving universal primary education, promoting gender equality and reducing child mortality.[1,2]

Primary care services in Cuba are provided by family doctors and nurses working out of small neighborhood offices, known as *consultorios*. Each office is responsible for the health of up to 1500

individuals—some 375 families. In remote and rural zones where the catchment area includes fewer than 300 people, offices are headed by a nurse (master's degree in nursing or primary care specialist level), supported by the nearest doctor.[3] It is worth noting that newly-graduated physicians are required to do their first residency in family medicine—some remaining in the field, and others going on to a second specialty.

Community polyclinics are the second link in the chain of integrated primary care. Each polyclinic provides support, referrals and leadership for surrounding family doctor-and-nurse offices. Polyclinics are staffed with pediatricians, OB/GYNs, internists, physical therapists and other specialists, as well as nurses. They rely on appropriate health workers and technology to provide services such as imaging, clinical laboratory, endoscopy, ultrasound and sometimes dentistry. Each polyclinic attends a population of 20,000 to 60,000 patients, served at the neighborhood level by 40 to 60 family doctor-and-nurse offices.

Maintaining efficient coordination between family doctor-and-nurse offices and polyclinic staff, while ensuring care tailored to each community's evolving health picture, can be a challenge. One mechanism to maximize synergies between these primary care providers, also used to evaluate both organizational and health professionals' performance, is the basic work group (GBT, the Spanish acronym). Centered at polyclinics, GBTs supervise the work of family doctors and nurses, and provide the link between them and other specialty services, as well as the larger community. Each is composed of a team leader, supervising nurse, internist, pediatrician, OB/GYN, psychologist, and statistician. Depending on the health picture of an area, other specialists such as social workers and epidemiologists may be incorporated.

Primary Health Care Strategies: Prevention, Treatment and Rehabilitation

The baseline for diagnosing individual and family health in Cuba is known as *dispensarización*, a model of continuous assessment and risk evaluation (CARE), implemented by family doctors and nurses.

As each patient is registered in the CARE system through home and office visits, the family doctors and nurses formulate a plan to zero in on individuals and families most in need of their services, prioritizing them for appointments and followup as determined by primary care protocols.

However, designing appropriate, effective neighborhood-wide interventions and solutions requires deeper analysis and understanding of the underlying causes of disease and ill health. For this, family doctors and nurses develop an annual health situation analysis. This analysis requires identifying the "socio-psychological, economic, historical, geographic, cultural, and environmental characteristics having an impact on the health of the population, as well as the health problems that affect individuals, families, and communities, for the purpose of developing remedial actions." [4]

Continuous Assessment & Risk Evaluation (CARE)

An organized, continuous, dynamic process for evaluating individual and family health using four classifications:

Group 1: Healthy individuals free from health risks or disabilities, who can manage their daily lives in a balanced, independent and responsible manner;

Group 2: At-risk individuals exposed to conditions which, if not brought under control, can increase vulnerability to individual or family health damages;

Group 3: Sick individuals, who are diagnosed with communicable or non-communicable diseases; and

Group 4: Persons whose abilities have been impaired or who are disabled.

Source: Family Doctor-and-Nurse Programme, Ministry of Public Health, 2011

Cuba's family nurses, who most often live in the neighborhood they serve, are the gateway to the area's dispensarización at the household level and the neighborhood health situation analysis. Maricela Torres, nurse supervisor for primary care services in a Havana polyclinic (1993–1998) and currently coordinator of the Cuban Nursing Network for Child Health, explains: "community nurses are like family: they know their patients and share the same daily problems. They make house calls, alert patients to risk factors, advise on risk reduction and deliver health promotion messages. Nurses monitor the pregnant women in their neighborhood, advising them on how to stay healthy during pregnancy and afterwards—for instance, counseling parents about how to make their home safe once their child starts walking." Such close patient relationships and the intimate knowledge of social determinants provided by living in the community enables these nurses to identify risk factors early and help devise intersectoral responses.

Putting Policy into Practice

Nursing practice in Cuba is coordinated and overseen by the Ministry of Public Health's National Nursing Division. Responsibilities and duties of community nurses are outlined in protocols by the national Family Doctor-and-Nurse Program; the legal framework for training, responsibilities, actions and interventions permitted by all nurses are set forth in Law 396.[5]

Together, these mechanisms stipulate how family doctor-and-nurse services are organized, implemented and evaluated. The neighborhood family doctor and nurse are the "backbone for the implementation of all scheduled activities. They are both responsible for the work they do, the doctor heading the team." [4] This teamwork approach demands close coordination between doctor and nurse (and with the corresponding community polyclinic), since they share clinical and administrative responsibilities; when properly applied, this approach maximizes the possibility for comprehensive, integrated primary care and services' provision.

Family nurses are responsible for a set of actions related to documenting, following up and helping to maintain the health of the individuals and families in their community. In addition to receiving patients, sourcing and updating their clinical records, tracking their health and organizing regularly-scheduled exams and tests, these nurses:

- Identify individuals requiring home visits;
- Make daily visits to home care patients;
- Set care priorities in consultation with the family doctor;
- Deliver health promotion and educational talks;
- Measure vital signs, weight and height of patients;
- Monitor patients according to their CARE classification;
- Monitor rehabilitation progress;
- Schedule and implement (with the family doctor and specialists, as required) actions with priority patients including pregnant women, newborns, children, older adults, etc;
- Administer vaccinations;
- Coordinate nursing students during their family practice rotations; and
- Provide liaison with health promotion volunteers.

Family nurses are also responsible for well child checkups in children one to 19 years old. This regularly-scheduled (at least annual) checkup measures a child's physical and psychomotor development. It includes a physical exam, measuring weight and height, and also assesses development, including motor skills. Nurses are specially trained to carry out these exams; family doctors conduct them for infants until they reach their first birthday.[6]



A nurse makes home visits in the Sierra Maestra mountains, eastern Cuba.

Given that the Cuban strategy emphasizes an integrated, biopsychosocial approach to health and wellbeing, nurses in the community contribute to developing and implementing intersectoral actions targeting social determinants, lifestyle, risk factors and unhealthy habits. According to *Public Health Projections for 2015 in Cuba*, the first priority for improving health indicators through 2015 is achieving effective intersectorality. These guidelines note that getting relevant sectors working together is "critical to improving the health and wellbeing of the population and is the key strategy for reaching health goals for 2015." [7]

Two projects led by nurses serve as examples of effective intersectoral collaboration: the volunteer health brigades and Gender Construction for Comprehensive Child Health. The first is a nation-

al program that identifies and trains community health promoters to carry out prevention and health promotion in their neighborhoods. Founded shortly after the primary care system was established, it involves the Federation of Cuban Women—with over three million members, one of Cuba's largest civil society organizations[8]—and the family doctor-and-nurse office. Nurses supervise and coordinate volunteers and set priorities for neighborhood prevention and promotion activities. These might include vector control and dengue prevention, apprising neighbors of blood drives and encouraging them to donate, or going door-to-door to promote screening programs such as pap smears.

The gender project is coordinated by the Cuban Nursing Network for Child Health, with collaboration from the Gender and Collective Health Network, the National School of Public Health, the José Martí Pioneers—the nationwide organization of school-aged youngsters—and the University of Havana. This innovative initiative brings interactive gender-perspective learning into primary school classrooms, aiming to break down gender bias to improve health and wellbeing. The Cuban Nursing Network for Child Health, again working with the Pioneers in the public schools, also hosts nursing workshops for students to introduce them to the profession, show them basic techniques, provide role models and engender enthusiasm for nursing careers. “I’ve had nurses come up to me and say they were motivated to study nursing after attending these workshops as kids,” says network coordinator Maricela Torres, who is also a professor at the National School of Public Health.

Between house calls, receiving patients, conducting physical exams, monitoring at-risk individuals, providing health promotion and prevention talks, coordinating intersectoral activities and performing administrative tasks, it would stand to reason that Cuban family nurses are under considerable work-related stress. However, none of the nurses interviewed by *MEDICC Review* reported work as a source of stress. Research shows certain nurses in specialties such as oncology and emergency care experience substantial work-related stress.[9] Yet, when Cuban family nurses were asked, they responded with comments like “Personally, I haven’t experienced stress due to my work. Community nursing is about prevention and health promotion—about helping your neighbors. It’s not that people don’t have stress in their lives, everyone does, but working in a family doctor’s office is a positive experience overall. Also, the teamwork helps mitigate stress.”[10] Working close to home, these nurses also avoid common stress factors related to overcrowded public transportation, arriving at work on time and getting home for the all-too-common “second shift” faced by Cuban women.

Nurse Training & Continuing Education

Three types of nursing careers are offered in Cuba: technical, professional (university level) and specialist (postgraduate). The difference among them turns on the quantitative and qualitative level of training. Professional nurses follow a more in-depth, scientific curriculum, allowing them a broader range of health decision making and the capacity and judgment to take corresponding actions. All students pursuing nursing careers do rotations in family doctor-and-nurse offices.

On a recent visit to the nursing department of the Manuel Fajardo Medical Sciences Faculty in Havana, the halls were a beehive of activity, with white-clad nursing students working towards

“Earning a master’s degree in primary health care taught me to differentiate between health diagnosis and health analysis. Often we equate the two, but knowing how many hypertensives or diabetics you have in your catchment area is not the same as understanding what causes these conditions or how to address them. My postgraduate work taught me how to integrate the health diagnosis with related social factors and determinants, as well as the concerns of my community. The coursework gave me the tools to prioritize those problems and develop actions to improve community health—the ultimate goal, after all.

—Caridad Dandicourt

technical and professional degrees[11] hustling to class and gathering to compare notes, their energy palpable.

“Over the past several years, the country has been making efforts to raise the profile of nursing as a profession and we’re starting to see results. Before, we used to have incoming classes of 10 or 15 students,” says Caridad Dandicourt, chief of nursing education at the school. “Today, I have 62 technical and 40 professional nursing students. There’s a lot of enthusiasm for the profession right now and these young people are motivated.”

Postgraduate opportunities for nurses have expanded exponentially since first introduced in the 1990s and demand for postgraduate training is keeping pace. Currently nurses can pursue postgraduate training in medical specialties (pediatrics, cardiology, oncology, OB/GYN, etc); disciplines related to public health such as primary care, epidemiology, health psychology, health economics and the like; or multidisciplinary degrees in communications, statistics, and pedagogy. Cuba has been relatively slow to introduce a doctorate in nursing, but with support from the University of Manitoba, Canada, developed a curriculum (based on international nursing PhD programs) and now has conferred two doctorates.



An obstetric nurse in a neonatal unit, Pinar del Río, Cuba.

Dandicourt was motivated to get a master's in public health when she was serving as director of nursing services in a Havana municipality, feeling the need for more knowledge and better tools to be more effective in her position. "I got those tools, but to my surprise, I also learned how to identify problems within the primary care system and to develop actions to solve them," she told *MEDICC Review*. "I learned about intersectorality, how it can—and should—be integrated with primary care. Above all, it showed me that problems can't be solved by health professionals alone, but must involve the whole community."

In Cuba, where professional salaries are low, it's important to note that nurses pursuing postgraduate degrees continue to receive their salary in a work-study system. Once nurses complete their postgraduate programs, they receive a corresponding increase in pay. Both these factors have contributed to high postgraduate matriculation rates.[6] The respect and recognition family nurses receive in their communities is another motivating factor for continuing education and helps mitigate low remuneration.



Service learning at a Havana polyclinic.

Elephant in the Room: Scientific Research

In Cuba, as internationally, developing research and publishing capacities among nurses is a priority. However, major obstacles make this a challenge. These include lack of research requirements by, and support from, research institutes, and weak linkage between national priorities and research related to nursing, especially at the primary care level.[12]

In Cuba, the *Revista Cubana de Enfermería* is dedicated to publishing original nurse-led research, but, like most of the international scientific literature, focuses on patient care and clinical research. Studies contributing to qualitative improvement of nursing services at the primary care level and throughout the health system would require a greater focus on health systems' research.

"We have a lot of work to do on this issue," says Professor Maricela Torres, who has led and published scientific research and was the first Cuban nurse to obtain a PhD (in health sciences).

"For me, developing the research capacity of nurses and motivating them to conduct and lead research, is the most important challenge facing Cuban nursing today."

Torres underscores the importance of multidisciplinary research, not just that which focuses exclusively on nurses, citing the interdisciplinary nature of public health and the importance of intersectorality. The variety of postgraduate degrees offered and the requirements for attaining them is placing increased emphasis on research. "As nurses gain research experience, sit on scientific councils, and put that research into practice to help solve health problems and improve health service delivery, it's changing the perception of nurses; we're no longer just practitioners, but researchers," she says.

President of the community nursing division of the Cuban Nursing Society, Dandicourt is addressing the research capacity challenge head on. Supported by an executive committee, she receives, organizes, analyzes and prioritizes information submitted by municipal and provincial branches of the Society.

This includes communities' health problems, primary care service delivery, nursing performance and more. "It's extremely important for accurate data analysis that the information comes from the nurses working in the communities—from the base—since they're the ones who are most familiar with the problems and challenges."

This information travels from the municipal to provincial and finally the national level. Once the health problems have been identified and prioritized, an action plan is developed, coordinated by the different divisions of the Society.

Not all provinces face the same challenges. By way of example, Dandicourt cites Havana (the capital, considered a province), where organization and training of nurses conducting well child checkups has been identified as a problem area. In other provinces, lack of research capacity and opportunities for scientific research has been singled out as a challenge—especially in community nursing. To address these gaps, the scientific research division of the Nursing Society assesses actions needed in each province, such as workshops on qualitative research and scientific publishing or attendance at related congresses.

On the day Dandicourt spoke with *MEDICC Review*, she was preparing for the national meeting of the scientific research division. The event evaluates progress in nursing research, measure development of nurses' research capacity, and analyzes which provinces are excelling (and why), as well as which are falling short, defining the support they need. "Some provinces are doing extraordinarily well in developing their research capacity and we plan to see how we can replicate that success throughout the country," she comments.

With a laugh, she declined to give *MEDICC Review* readers an exclusive on which provinces are leading the pack on nursing research, but says she is confident some of that research will eventually make its way into our pages.

Conclusions

Accessible, community-oriented primary care services staffed by properly trained health professionals constitute an effective and replicable strategy to improve population health and support well-being—especially in resource-scarce settings. Prevention, including vaccination programs, risk-factor reduction, and promotion of healthy habits and lifestyles, have proven effective as a first line of defense.

The Cuban family doctor-and-nurse model, which trains and empowers community nurses to diagnose, analyze, and design responses to community health problems in a supportive,

teamwork-reliant culture, has helped Cuba achieve formidable health indicators countrywide. This success has engendered respect and recognition for Cuba's family nurses, which continues to build as more nurses pursue postgraduate degrees and attain specialization in community nursing and other key areas for public health care. Nevertheless, in order to maintain and improve the population health status achieved, nurses and the health system are challenged to develop and apply a scientific research capacity, broaden and strengthen intersectoral actions; and continue to encourage greater public participation in improving community health. 

References & Notes

1. Keck CW, Reed G. The Curious Case of Cuba. *Am J Public Health* 2012;102:e13-e22.
2. United Nations, MDG Country Progress Snapshot: Cuba. [Internet]. New York: United Nations; 2012 Dec [cited 2013 Apr 18]. Available from: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>
3. Providing accessible health services for remote and rural populations has been a priority since the founding of the national public health system in 1961. To address needs specific to these communities, Cuba launched the Plan Turquino-Manatí in 1987. For details on the Plan and strategies for rural health in Cuba, see *Over the Hills and Far Away: Rural Health in Cuba*. MEDICC Rev. 2012 Jan;14(1):6–10.
4. Family Doctor-and-Nurse Programme. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011.
5. Anexo a la Resolución Ministerial No. 396/07: Regulaciones de la Práctica de Enfermería. [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2008 Jan 3. [cited 2013 Apr 14]. Available from: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/04/anexo-resolucion-396.pdf>. Spanish.
6. This model is slightly different in rural and remote areas. Interview with Maricela Torres, coordinator, Cuban Nursing Network for Child Health and professor, National School of Public Health, 2013 Apr 2.
7. Ministry of Public Health (CU). *Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015*. Havana: Ediciones de Ciencias Médicas; 2006 Feb. Spanish.
8. Perez C. *Caring for them from Birth to Death*. Lexington Books; 2008. Lanham, MD.
9. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of work related stress in nursing. *Health*. 2010;4(4).
10. Interview with Caridad Dandicourt, chief of nursing education, Manuel Fajardo Medical Sciences Faculty and president, community nursing section, Cuban Nursing Society. 2013 Apr 9.
11. Postgraduate degrees are offered at the National School of Public Health and corresponding tertiary level institutions.
12. Martínez N. Developing Nursing Capacity for Health Systems and Services Research in Cuba 2008-2011. *MEDICC Rev*. 2012 Jul;14(3):12-18.

ORTOPEDIA 2013

24th International Congress of Orthopedics & Traumatology

September 16-21, 2013

Frank País International Scientific Orthopedic Complex

Selected Themes:

- Minimally invasive limb surgery
- Current state of gonarthrosis treatment
- Update on flat-foot flexible treatment in children
- External fixation's evolution over the last decade

Contact: eventos@fpais.sld.cu
<http://promociondeeventos.sld.cu/ortopedia2013>