

Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países

General Considerations on the Evolution of Family Medicine and Primary Health Care in Cuba and Other Countries

Dra. Violeta Regla Herrera Alcázar, Dra. María Clarivel Presno Labrador,
DraC. Julia Maricela Torres Esperón, Dra. Ivonne E. Fernández Díaz, Dra.
Daisy Amparo Martínez Delgado, Dra. María del Carmen Machado Lubián

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la Medicina Familiar es considerada como la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud, cuyo desarrollo se ha influenciado por la presión de atender imperiosas necesidades sociales. Esta especialidad, también llamada Medicina de Familia, es ejercida de forma general por médicos cuya función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada.

Objetivo: revisar información sobre la evolución y desarrollo de la medicina familiar y la Atención Primaria de Salud en Cuba y otros países.

Métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes de información, buscadores y bases de datos, entre ellas, Google, Medline, Pubmed y Scielo.

Resultados: la medicina familiar resurge a fines de la primera mitad del siglo xx ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud de alta calidad científico-técnica a un costo sostenible, la misma ha tenido su desarrollo en modelos de atención primaria donde se han utilizado diferentes programas de formación, como en México, Brasil, Canadá, Estados Unidos, España y Cuba.

Conclusiones: la medicina familiar ha tenido un desarrollo en espiral en el ámbito internacional, logrando algunos modelos más éxitos que otros. El modelo cubano, con una inversión económicamente limitada, se convierte en una de las estrategias más costo-efectivas de la historia.

Palabras clave: medicina familiar, médico de familia, medicina de familia.

ABSTRACT

Introduction: Family Medicine is the medical specialty considered effector of Primary Health Care, whose development has been influenced by the pressure to address compelling social needs. This field, also called family practice is generally exercised by physicians whose primary function is to serve the community, the family and the individual in a particular area of health.

Objective: To review information about the evolution and development of Family Medicine and Primary Health Care in Cuba and other countries.

Methods: A literature search through different information sources, databases and search engines, including Google, Medline, PubMed and SciELO was performed.

Results: family medicine emerges late in the first half of the XX century to meet the imperative social need for health care services to ensure scientific and technical quality health care at a sustainable cost, it has had its development in primary care models which have used different training programs, such as Mexico, Brazil, Canada, USA, Spain and Cuba.

Conclusions: Family medicine has had a spiral development internationally, making models - some more success than others. The Cuban model, with a financially limited investment, becomes a cost-effective strategy over history.

Keywords: family medicine, family doctor, family practice.

INTRODUCCIÓN

La medicina familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del Estado.¹

También llamada Medicina de Familia, FamilyPractice, la Medicina Familiar procede de la práctica general y es considerada como la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.²

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Práctica Familiar como la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento; y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida. En general, en la práctica médica internacional, el término Médico

de Familia se utiliza para nombrar a los médicos cuya función básica es atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada, independientemente de si tiene o no entrenamiento especializado posgrado.³

En el siglo xix y a principios del siglo xx, la gran mayoría de la profesión médica eran médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años de este siglo, comenzaron aemerger las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio.⁴ En muchos países la medicina general significaba medicina de baja calidad.

La medicina general toma auge desde el siglo xix hasta las primeras décadas del siglo xx. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias, y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial surgió el médico de cabecera, profesional de alta calificación con conocimientos sobre medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales y matrimoniales, entre otros.⁵ Después de la presentación del informe Flexner en 1910, en los Estados Unidos, la medicina familiar pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a las especialidades.

En este proceso, de progresiva diferencia y ultratecnicidad de la práctica médica moderna, se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae aparejado la pérdida de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión sociopsicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto. Teniendo en cuenta lo anterior, las autoras de este trabajo se motivaron a realizar una revisión bibliográfica sobre la evolución y desarrollo de la medicina familiar en la APS en Cuba y otros países.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes fuentes de información, buscadores y bases de datos, entre ellas Google, Medline, Pubmed y SciELO. Las fuentes primarias y secundarias revisadas incluyeron revisiones del tema, artículos de investigación y capítulos de libros.

DESARROLLO

La medicina familiar resurge en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica y a un costo sostenible. En este sentido, creemos necesario comentar brevemente algunos de los hechos más relevantes en el desarrollo de la medicina familiar que se han producido en el mundo.

En la década de los 40, se crearon academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia. En Canadá se fundó el Colegio de Médicos de Familia en 1954.

En el año 1966, en Estados Unidos fue bautizada con el nombre de Medicina Familiar una especialidad que no existía todavía, el informe Willard lo utiliza para denominar a una forma de atención médica que debía ser creada por exigencia de la sociedad americana que había expresado su disconformidad con el tipo de atención de la salud vigente en ese momento, basada en una medicina predominantemente tecnológica, ejercida por especialistas y provista mayormente en los hospitales o complejos centros médicos.

En 1969, se aprobó la medicina familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado.

En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/Médicos de Familia).

A partir de esta década comienza un proceso de concientización en los gobiernos de Latinoamérica, los que ponen su atención en sistemas de salud basados en la APS e inspirados en el desarrollo de la medicina familiar y su papel en los procesos de reforma sanitaria.⁶ Este proceso se concreta en los años 70, con la aplicación de programas de formación posgraduada en medicina familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela.

En Australia, en 1973, se estableció el Programa de Medicina Familiar. En Filipinas comenzó en 1976. En Israel se inició el primer programa de medicina familiar en 1979.

En 1978 convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reúnen los estados miembros con la participación de más de 140 países, celebrando la Conferencia de Alma Atá, que concluyó con la "Declaración de Alma Atá", donde se aprueba la estrategia para el desarrollo de la Atención Primaria como única alternativa para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el año 2000.

En 1981, se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar.

En 1991, la Declaración de WONCA sostiene el papel del médico general/familia en los sistemas de atención de salud y en 1994 se efectuó, en Canadá, la Conferencia Conjunta OMS/WONCA.

En 1996, se realizó en Buenos Aires, con la participación de 18 países, la Reunión Regional para la América sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud, concretándose en ella la "Declaración de Buenos Aires".⁷

Posteriormente, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) desarrolló las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar, también promovidas por la OMS-WONCA en Sevilla, España, en el 2002; Santiago de Chile, en el 2005 y Fortaleza, Brasil, en el 2008; todas ellas con connotaciones semejantes a las anteriores y conclusiones que refuerzan las líneas de trabajo previamente delineadas.⁸ Todos estos esfuerzos han conducido al surgimiento gradual de diversos modelos de Salud Familiar basados en equipos de salud y bajo la inspiración de la Medicina Familiar como disciplina.

El Dr. Ceitlín, uno de los pioneros en la implantación de la Medicina Familiar en América Latina, expresa su evolución de la siguiente manera:

"La historia de la Medicina Familiar en la América Latina es mucho más extensa de lo que muchos piensan (...), mientras que en algunos países tiene una antigüedad cercana a los 30 años, con gran inserción en la sociedad, en otros casos recién está comenzando a dar sus primeros pasos. Esta historia tiene algunos denominadores en común: la importancia que han tenido los servicios de seguridad social y del Estado en el nacimiento y desarrollo de la especialidad, así como la tarea realizada por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), el apoyo de la Fundación W. Kellogg en las etapas iniciales y el aporte de algunas personas que nunca debieran omitirse cuando se habla de la historia de la Medicina Familiar en esta parte del mundo"⁹

Características que distinguen el desarrollo de la Medicina Familiar en algunos países

En México, la Medicina Familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de los 50, ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la Atención Primaria.¹⁰ Así, en un primer nivel de atención, que cuenta con centenares de unidades o clínicas de Medicina Familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de Medicina Familiar. En este contexto, cada médico familiar atiende entre 2000 a 3000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades como infraestructura adecuada, expediente electrónico, adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, tanto para referencia de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos.¹¹

En este sistema, y particularmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se está alcanzando el estándar óptimo planteado por diversos autores de tener un médico familiar por cada especialista. Así, el 90 % de los pacientes está adscrito a consultorios de medicina familiar y las dos terceras partes de ellos son atendidos por médicos especializados en Medicina Familiar. Para lograr esta gran cantidad de médicos especialistas en Medicina Familiar y médicos generales con conocimientos en estas materias, en dicho país se desarrolló un modelo exitoso de formación de profesionales con especialidad en Salud Familiar, tanto por la vía convencional del residentado médico dependiente de la propia Seguridad Social, pero con aval universitario, como por la vía alternativa de la reconversión para profesionales que laboran en establecimientos de Atención Primaria.

No obstante, aún la cobertura es insuficiente en términos de país, y persisten enormes brechas para cubrir a la población de un modo satisfactorio. Este modelo es incipiente en los servicios de la Secretaría de Salud, y en el año 2008 sólo el 42,5 % de la población tenía acceso a este tipo de servicio.⁶ Adicionalmente, y en palabras de sus propios protagonistas, el mexicano es un modelo que si bien ha cosechado enormes frutos de su trabajo esforzado, aún tiene enormes desafíos por delante, especialmente en lo referente a calidad.¹²

En el caso de Brasil, los inicios de la formación de la medicina familiar son de la década de los 80. Dicha especialidad logró un rápido reconocimiento por parte de la Asociación Brasileña de las Escuelas de Medicina y tuvo un desarrollo sostenido que la llevó a constituir en el año 1992 la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (SOBRAMFA), la cual ha liderado el desarrollo de la medicina familiar en ese país, y es reconocida como uno de los líderes en la formación académica de la misma.¹³

Por su parte, España desarrolla la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978. Su ámbito de actuación es la Atención Primaria de Salud. La especialidad surge de la necesidad de reformar el sistema sanitario público español (Sistema Nacional de Salud) a partir de las directrices de la Ley General de Sanidad (ley 14/1986 del 25 de abril, publicada en el BOE nº 102 del 29 de abril), con la intención de potenciar de manera clara el primer nivel de atención de los pacientes en contacto con el sistema sanitario. Se necesita un profesional adecuado a las nuevas necesidades, con capacidad real de resolución de problemas de salud a la cabecera del paciente, lo que además supone mejorar la eficiencia del sistema sanitario al resolver prácticamente el 90 % de los problemas de salud en este nivel de atención, derivando a otros niveles del sistema los problemas que por su complejidad o requerimientos tecnológicos necesiten otros recursos. El acceso a la formación en medicina de familia y comunitaria es actualmente (2012) en el postgrado, a partir del programa MIR (Médico Interno Residente), que tiene una duración de cuatro años. La medicina de familia y comunitaria se está abriendo camino hacia la universidad, para poder constituir un área de conocimientos propia en el currículo de la licenciatura de medicina.

Los principios básicos de la especialidad han sido claramente señalados por muchos autores, entre los cuales se cuenta a Ian McWhinney. Aunque otros médicos han ayudado a consolidar un cuerpo de conocimientos, un marco epistemológico propio que le permite obtener identidad y poder ser reconocida como una verdadera especialidad médica. El propio nombre de la especialidad es motivo de controversias, aun cuando tengan programas de formaciones semejantes, no necesariamente iguales. Los General Practitioners de Suecia o del Reino Unido son ejemplo de ello, o la Medicina General Integral (3 años de estudio) que implementa el modelo de salud cubano y venezolano en el primer nivel de atención. En Venezuela, es un postgrado universitario que tiene una duración de tres años, avalado por el "Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón" del Ministerio del Poder Popular para la Salud.¹⁴

En los países de habla inglesa, la Medicina Familiar se desarrolló desde la práctica general. En el siglo xix y a principios del siglo xx la gran mayoría de la profesión médica eran médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años del siglo xx, comenzaron a emergir las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional.

Durante la segunda mitad del siglo xx fue una tendencia mundial que el número de especialistas creciera grandemente y las especialidades mayores se fragmentaran en subespecialidades más estrechas. El número de médicos generales declinó y el entrenamiento más limitado de los especialistas no los preparaba para manejar el amplio espectro de padecimientos tradicionalmente atendidos por los generalistas. En este tiempo, emergió el concepto de niveles de atención. A nivel de la atención primaria, el público tiene acceso a un médico generalista que es capaz de manejar de 85 a 90 % de todos los problemas de salud. Si se requiere asesoramiento o tratamiento especializado el paciente es derivado al nivel secundario que incluye las especialidades mayores.

En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un Consejo ad-hoc. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969.

En algunos países, estos desarrollos fueron acompañados por un cambio del nombre de la práctica general a Medicina Familiar. En otros, se retuvo el viejo nombre para una nueva disciplina.

Los nuevos programas de entrenamiento están basados en dos importantes principios educacionales. Primero, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, el "core", mediante práctica supervisada en su propia disciplina, una unidad docente de Medicina Familiar. Segundo, los supervisores, los profesores y docentes, deben ser médicos de familia. En el currículo, otros especialistas clínicos y ámbitos educativos desempeñan un rol, pero no el central. En muchos lugares del mundo los departamentos de Medicina Familiar ocupan una parte importante en el currículo de grado.¹⁵

Para Latinoamérica, el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la Medicina Familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración único en su crecimiento y resultados favorables. El modelo cubano ha sido largamente comentado desde hace décadas por sus múltiples logros, organización y resolutividad, con una inversión tan económicamente limitada que la convierte en una de las estrategias mundialmente más costo-efectivas de la historia.

A partir de 1959, la APS en Cuba ha transitado por varias etapas, la primera tarea de la Revolución es lograr la extensión de los Servicios de Salud a toda la población (brindar cobertura nacional), por lo que surge el Servicio Médico Rural, según la Ley No. 723 del año 1960. En las zonas rurales se crea toda una infraestructura en base a Hospitales, puestos médicos rurales y postas de salud, que prestaban atención médica ambulatoria, hospitalización, control y erradicación de enfermedades trasmisibles y educación sanitaria.

En el mes de agosto de 1961, el Ministro de Salud Pública, a través de resolución No. 369, creó en el Municipio Marianao un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias en el funcionamiento de Policlínicos Integrales. En el barrio de La Lisa, con una comunidad de 45 000 habitantes, se delimitó una extensión territorial de 9 kms cuadrados, a la que se dio el nombre de Área de Salud, entendida como una comunidad con límites geográficos precisos que tiene asignada una unidad básica -Policlínico u Hospital Rural- responsabilizada de la atención integral a las personas y al medio, mediante la aplicación de programas básicos de salud. Se realizó el estudio del cuadro de salud de aquella población y se procedió a la elaboración de un programa preventivo-curativo, que se comenzó a ejecutar por un personal seleccionado el día 8 de mayo de 1964, radicado en el Policlínico Integral "Aleida Fernández Chardiet". Los resultados positivos de la evaluación periódica y final que se hizo de aquel programa de salud, valoraron favorablemente la experiencia iniciada y trajeron como consecuencia la aprobación y multiplicación acelerada de los Policlínicos Integrales. El policlínico pasa a ser considerado la unidad que por su dinamismo, funciones y ubicación, es el elemento fundamental de vinculación entre la comunidad y la organización de salud. Adquiere el rango de unidad polivalente de salud más calificada. De este modo se establecieron cuatro niveles para la atención médica: la primaria en el área de salud y tres niveles sucesivos ascendentes en el orden de diferenciación y jerarquía de los servicios, regional, provincial y nacional.

Los cambios experimentados en el nivel de salud de la población modificaron el cuadro epidemiológico: de uno donde predominaban las enfermedades trasmisibles y una relativamente alta mortalidad infantil a otro con características similares al de países industrializados desarrollados. Este cambio en el cuadro de salud impuso nuevos derroteros y fue necesario un salto cualitativo en el terreno de la atención. Es por ello que en 1974, después de identificar una serie de debilidades en el sector

salud, se crea la Comisión Asesora de Medicina en la Comunidad, con la encomienda de elaborar un marco conceptual respecto a la medicina en la comunidad. Se confeccionó un "Modelo experimental de atención médica, docencia e investigación en la Comunidad" a partir de la unidad básica de salud: el policlínico integral. Este modelo fue aplicado en el Policlínico de Alamar, desarrollándose los procedimientos de trabajo que constituyen la base de la Medicina en la Comunidad. El modelo de medicina en la comunidad descansó en un principio en el trabajo especializado de cuatro profesionales de la salud: medicina interna, pediatría, ginecología y estomatología. El modelo se caracterizó por ser: integral, continuo, dispensarizado, multidisciplinario y comunitario.

A fines de los años 60 y la década de los 70, Cuba inició la formación masiva de médicos con un perfil que combinaba la atención con resolutividad en un primer nivel de complejidad y la base comunitaria, con el objetivo de compensar la carencia de recursos humanos por la fuga masiva de profesionales a EE. UU. Dicho proceso se acentuó a inicios de la década de los 80 con la implementación del "Plan del Médico y la Enfermera de Familia" y el surgimiento de la especialidad de Medicina General Integral.¹⁷ Según H. Malher, director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en aquel entonces, el programa que comienza a desarrollarse en Cuba podía considerarse como un "perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud".¹⁷

En dicha iniciativa, se contempló integrar un sistema de salud con algunas semejanzas con el modelo inglés en cuanto a su demanda orientada a las familias, su gratuidad y jerarquización de niveles de atención, pero incorporando notables mejoras en el énfasis por la Atención Primaria de Salud, enfoque epidemiológico, aproximación equitativa a la población, entre otros aspectos.¹⁸ El propósito principal de este modelo fue garantizar el paso de la atención a la enfermedad a la promoción de salud, de curar a cuidar, de recetar a educar, de atender al enfermo a vigilar al sano, de prestar servicios personales a servicios continuos en la comunidad.

El modelo cubano se desarrolla a través de Equipos Básicos de Salud (EBS) constituidos por un médico y una enfermera de la familia, los cuales tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos atienden actualmente a una población de alrededor de 150 a 300 familias, lo que corresponde a unas 700 a 1500 personas. El contacto continuado con todos los miembros de estas familias humaniza la atención y favorece las actividades preventivo-promocionales. Ellos se complementan con Policlínicos en los cuales existen los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) multidisciplinario, integrado por no más de 20 EBS, especialistas en Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Medicina General Integral, Licenciado/a en Psicología, supervisor/a de enfermería, técnico/a de estadísticas, técnico/a en higiene y epidemiología, y técnico/a en trabajo social. El GBT cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población.

En Cuba, el trabajo dentro del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia tiene dos procesos fundamentales que lo singularizan:

- a) El Análisis de la Situación de Salud (ASIS): proceso de identificación de problemas de salud, priorización de los mismos y elaboración de un plan de acción para su modificación con la participación activa de la comunidad.
- b) La Dispensarización: proceso organizado, continuo y dinámico -liderado y coordinado por el equipo básico de salud-, que permite la evaluación e intervención planificada y programada sobre la situación de salud de personas y familias.

La evaluación confirmará o modificará la clasificación de las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos:

- Grupo I (personas supuestamente sanas).
- Grupo II (personas con riesgos).
- Grupo III (personas enfermas).
- Grupo IV (personas con discapacidades o minusvalía).

Cabe indicar que la unidad básica de atención es el policlínico, que se proyecta a la comunidad a través del consultorio médico de la familia y del Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia. Ellos constituyen el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Así, entre ambos niveles consiguen cumplir con el propósito de prestar servicios de salud ambulatorios con un sentido integral, sectorizado, dispensarizado, en equipo y con una plena participación comunitaria.

CONCLUSIONES

La medicina familiar o medicina de familia es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud, y ha tenido una evolución y desarrollo ascendente ante la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica y a un costo sostenible.

Para la formación de estos profesionales médicos, han surgido diversos modelos a escala internacional, unos a partir de residencias médicas y otros de entrenamiento pos graduado. Los nuevos programas de entrenamiento aspiran a cumplir dos principios fundamentales: adquirir las habilidades mediante práctica supervisada en una unidad docente de Medicina Familiar y que los supervisores, profesores y docentes, deben ser médicos de familia.

El modelo de Medicina Familiar de Cuba tiene particularidades que lo singularizan y es referente para muchos, en especial para los países de Latinoamérica. Ha sido reconocido como una de las estrategias más costo-efectivas de la historia, dado por sus múltiples logros, organización y resolutividad con una inversión económicamente limitada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iturbe P. La medicina familiar: calidad en Atención Primaria, base del Sistema Nacional de Salud. *Med Fam.* 1987; 4:23-34.
2. Lemus ER, Borroto ER, Aneiros-Riba R. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Biblioteca de Medicina; 1998.

3. American Academy of family Physicians. Official definition of family practice and family physician. AAFP Report. 1975; 2: 2-10.
 4. Gómez Damas D. Historia de la Medicina Familiar. [citado 7 enero 2014]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/deybi29/historiadamed-familiar>
 5. Rivero Canto O, Marty Jiménez I, Morales Rojas M, Salgado Fonseca AE, Acosta Alonso N. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. MEDICIEGO 2010 [citado 7 Ene 2014]; 16(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t16.pdf
 6. Suárez-Bustamante MA. Reseña Histórica en Medicina Familiar. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal. 2005; 4(1): 15-9.
 7. Conferencias y Cumbres en Medicina Familiar Caracas: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar [citado 15 May 2012]. Disponible en: <http://www.cimfw.org>
 8. Ceitlin J. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.
 9. Rodríguez-Domínguez J, Fernández-Ortega MA, Mazón-Ramírez JJ, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. Atención Primaria. 2006; 38(9):519-22.
 10. Dirección de Prestaciones Médicas. Programa Proceso de Mejora de Medicina Familiar. México DF: Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2007 [citado 15 May 2013]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/43F50D4B-5CBE-4307-B95D-12B96B8E885/0/mejora.pdf>
 11. Certificación en Medicina Familiar - Historia. México DF. 2010 [citado 15 Mar 2013]. Disponible en: <http://consejomedfam.eshost.com.ar>
 12. Irigoyen-Coria A, Morales López E, Hamui Sutton A, Ponce Rosas R. La Medicina familiar en Iberoamérica: Una reflexión histórica. Bol. Mex. His. Med 2006 [citado 6 May 2014]; 9(2): 48-51. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062b.pdf>
 13. Medicina familiar y comunitaria. [citado 7 May 2014]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina>
 14. McWhinney I. Orígenes de la Medicina Familiar. [citado 7 May 2014]. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/origenes.pdf>
-

15. Ordoñez Carceller C. La inserción de la medicina familiar en Cuba. En: Ceitlin J, Gómez Gascón T, editors. Medicina de Familia. Madrid: SEMFYC y CIMF; 1997. p. 293-301.
16. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. Jun 2005 [citado 7 May 2014]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es
17. Barruto CR. Atención Primaria de Salud: Medicina Familiar y Educación Médica. Cochabamba: Universidad San Andrés; 1998.
18. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. 26-28 Feb 2001. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.

Recibido: 8 de agosto de 2014.

Aprobado: 30 de septiembre de 2014.

Violeta Regla Herrera Alcázar. Profesora Auxiliar y Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. Especialista en I y II Grado de Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Primaria de Salud y Atención Integral a la Mujer.

Correo electrónico: vioheral@infomed.sld.cu