

PEDIATRIA Y SALUD



EL PEDIATRA EN LA ATENCION PRIMARIA, SU INTERRELACION CON EL MEDICO DE LA FAMILIA

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA HABANA

*Dr. Ernesto de la Torre Montejo**

Se hace una exposición, a partir de 1959, del desarrollo de la atención primaria en Cuba y de la función que el pediatra ha desempeñado en la misma. Se destaca que la puesta en práctica del concepto de Policlínico Integral y del modelo de la Medicina en la Comunidad representaron un salto cualitativo en este tipo de servicio, pero no dieron la solución que requería nuestro sistema de salud y esperaba el pueblo. La idea de formar un especialista en medicina general integral y el trabajo del mismo como médico de la familia, ha demostrado en la práctica dar solución a las dificultades y deficiencias encontradas en los anteriores modelos y tener un efecto positivo y profundo sobre el sistema de salud. Se ofrece el criterio de que aunque al médico de la familia y su enfermera corresponde la mayor parte del trabajo médico a realizar en la atención primaria, el especialista en pediatría continuará teniendo un lugar en la misma, como docente, interconsultante y colaborador en las investigaciones que se realicen en este nivel de atención.

INTRODUCCION

No existe una definición de atención primaria que sea aceptada o satisfaga a todos. Entre nosotros, algunos organizadores de la salud pública prefieren el término de atención ambulatoria para caracterizar todas las acciones de salud de carácter preventivo-curativo que no requieren el ingreso hospitalario. En este trabajo utilizaremos el concepto de atención primaria expresado en la declaración de Alma-Atá: "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías

* Doctor en Ciencias. Profesor Titular de Pediatría. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. La atención primaria forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".¹

Desde muy al comienzo de la organización de nuestra salud pública socialista se trabajó para que los servicios fueran accesibles desde el punto de vista a toda la población, y para que las masas organizadas desempeñaran un papel activo en las tareas relacionadas con la salud. Hacia 1964 comienza a conformarse una red de unidades de atención primaria que progresivamente se extendería a todo el país; esta unidad recibe inicialmente el nombre de policlínico y más tarde el de policlínico integral.² El concepto de integralidad le viene dado por la naturaleza preventiva-curativa de sus actividades y porque sus médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos que componen el equipo de salud, trabajan con la población sana y enferma y llegan con su acción al hogar, la fábrica, la escuela y la comunidad.

Los objetivos, funciones y estructura de esta unidad del sistema de salud se fueron definiendo acorde con la práctica y con la búsqueda de respuestas a los principios que rigen nuestra salud pública.

Al iniciarse la década del 70, estas ideas estaban bien definidas.³ El policlínico en su concepción daba respuesta a la definición de atención primaria que años más tarde se proclama en Alma-Atá e indudablemente representó un salto cuantitativo y cualitativo en la salud pública cubana y fue conceptualizado como la institución fundamental, la unidad más importante de la salud pública.^{4,5} Pero no era ese, ciertamente, el criterio de la mayor parte de los médicos, que formados para curar, con la enfermedad como eje dominante de su educación médica y el hospital como centro fundamental de sus actividades, consideraba el trabajo del policlínico de poco nivel científico, a ser realizado por médicos de baja preparación o que no tenían otra alternativa. La población seguía acudiendo en gran número a los cuerpos de guardia y otros servicios externos hospitalarios, lo que indirectamente indicaba que el policlínico distaba de realizar la función que le correspondía en el sistema de salud.

En 1974 la dirección del Ministerio de Salud Pública planteó que los especialistas en formación en pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia, rotaran 1 año por el policlínico, para lo que era necesario crear las condiciones docentes, e incluso dotar al policlínico de profesores a tiempo completo.

Para comenzar la experiencia se seleccionó un policlínico recién construido en la comunidad de Alamar, así como profesores y residentes de esas 3 especialidades. Se hizo evidente que la conversión del policlínico en unidad docente implicaba introducir nuevas concepciones en el funcionamiento del mismo. En ese año se nombró una comisión que identificó los pro-

blemas más importantes encontrados en nuestros servicios de atención primaria en esos momentos. La comisión elaboró un documento en el que se definían los conceptos y se sugerían soluciones organizativas para 2 ideas complementarias que emergían en ese momento: La medicina en la comunidad y el policlínico docente.⁶

En ese documento se plantea que la atención médica primaria descansa en el trabajo de 4 especialidades básicas: medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología y estomatología. Los elementos esenciales de este modelo son: atención médica integral, atención médica sectorizada, atención médica regionalizada, atención médica continuada, dispensarización de sanos y enfermos, trabajo en equipo y participación activa de la comunidad en las tareas relacionadas con la salud. La mayoría de estos principios ya eran conocidos y se trató de redefinirlos y enmarcarlos en un conjunto de ideas destinadas a fortalecer y enriquecer la práctica médica en la atención primaria y que de forma un tanto experimental ya se estaban implementando en la práctica. El policlínico docente debía cubrir una población de unos 30 000 habitantes y tener profesores a tiempo completo de pediatría, medicina interna y obstetricia y ginecología. Los residentes en pediatría rotaban 1 año por el policlínico y se les asignaba una población de 1 000 niños. La estancia en el policlínico comprendía 23 nódulos que abarcaban aspectos de promoción y prevención, así como las afecciones que con más frecuencia son motivo de consulta en el grupo pediátrico en nuestro medio.⁸

Inicialmente la experiencia se desarrolló exitosamente. Numerosas entrevistas evidenciaron la satisfacción de la población con el nuevo modelo de atención médica. Los docentes y residentes seleccionados para trabajar en los primeros policlínicos docentes estaban también entusiasmados con la labor que desarrollaban.

Se introdujo en el plan de estudio de Medicina la práctica de familiarización que se desarrollaba en el policlínico y que tenía como objetivo relacionar al estudiante de Medicina con los programas de salud del área: del niño, de la mujer, del adulto y del ambiente. En los años superiores también se dedicaban horas a la práctica de servicio en el policlínico en correspondencia con las asignaturas que se cursaban en esos años, Medicina Interna, Pediatría y Obstetricia y Ginecología. La experiencia se extendió a otros municipios de La Habana y a otras provincias. Los primeros resultados fueron tan alentadores que llevaron a muchos dirigentes de salud provinciales y municipales a introducir en sus policlínicos el modelo de Medicina en la Comunidad pero sin modificar cualitativamente sus recursos humanos y materiales y en muchas ocasiones asignando un número de personas por médico muy superior al que se había establecido.

Hacia fines de la década del 70 era evidente que si bien los policlínicos docentes mantenían un trabajo satisfactorio y prestigio en la población que atendían, el modelo de Medicina en la Comunidad, al menos en la forma que se había aplicado, no había resuelto el problema de la atención primaria del país. Representó sin dudas un paso de avance, se obtuvieron resultados positivos que aún persisten, pero en su conjunto la red de

atención primaria seguía débil y sin dar respuesta a los objetivos que el sistema de salud le planteaba y mucho menos a satisfacer las necesidades y expectativas de la población que solicita esos servicios.

ETAPA ACTUAL

En los primeros años de la década del 80 se definen y comienzan a aplicarse los conceptos del médico de la familia y de la especialidad medicina general integral. Ambos han tenido y seguirán teniendo un impacto profundo en la organización de nuestros servicios médicos y en particular en la atención primaria.

A mediados de 1981 se produce la epidemia del dengue. La gravedad de la misma determinó que el estado revolucionario movilizara una gran cantidad de recursos, que los médicos y enfermeras trabajaran sin descanso y en entrega total y que el propio Comandante en Jefe siguiera directamente el curso de la epidemia, dando orientaciones precisas para yugular la misma y erradicar el mosquito transmisor. Ese momento dramático de nuestra salud pública marca el inicio de una etapa caracterizada por la introducción de un gran número de ideas coherentes, encaminadas a conformar un sistema de salud, cuyos servicios de alto nivel técnico y humano ofrezcan a toda nuestra población seguridad, confianza y satisfacción con los mismos.

El primer antecedente público que conocemos de la idea que dio nacimiento al médico de la familia, tuvo lugar el 9 de diciembre de 1981, ocasión en que el compañero Fidel clausuró el V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud; allí expresó: "...pienso que los médicos nunca van a sobrar, porque nosotros tenemos miles de escuelas, puede un día considerarse conveniente tener un médico por escuela... puede llegar a tenerse uno por fábrica, uno por barco. Y digamos que como los CDR, incluso uno por cuadra..."⁹ En junio de 1982, en las conclusiones del Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Fidel avanzó más en la idea al plantear convertir la medicina general en una especialidad que requiera conocimientos de medicina interna, pediatría y obstetricia.¹⁰ En abril de 1983, en la clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, Fidel nuevamente se refiere al médico general como un especialista que no tendría la limitante del número y que sería el especialista que se puede necesitar en cualquier lugar.¹¹

En octubre de 1983, estas líneas comienzan a materializarse. Un grupo de 30 médicos comienza la especialización en medicina general integral, teniendo como base de su formación el policlínico, y con un programa de 3 años con estancias anuales en medicina interna, pediatría y obstetricia y ginecología. A fines de ese año y por orientación de Fidel, se seleccionó otro grupo de 10 médicos posgraduados para que comenzaran a trabajar como médicos de la familia en consultorios adaptados y atendiendo 120 familias. La experiencia comenzó el 4 de enero de 1984, en el barrio de Lawton del municipio 10 de Octubre. El apoyo organizativo, asistencial y docente se asignó al policlínico del área, policlínico "Lawton". Estos médicos tenían

que atender todos los problemas médicos o sociales que les plantearon sus pacientes y se les caracterizó como guardianes de la salud de sus 120 familias. A las pocas semanas se hizo evidente que la satisfacción de la población y los resultados del trabajo del médico y la enfermera sobrepasaban con mucho todo lo esperado, y se decidió incrementar el grupo inicial con 228 médicos de la próxima graduación y extender la experiencia a todas las provincias, incluso la zona montañosa de la provincia Granma. La formación de este médico como especialista se iniciaría 1 año después de haber comenzado su trabajo como médico de la familia (2 años en los casos de médicos ubicados en las montañas, centros de trabajo y escuelas), sin abandonar su puesto de trabajo en el consultorio. Esta modalidad quedó como la única para formar el especialista en medicina general integral.

Por cada 15 ó 20 médicos de la familia se asignó un trío de profesores, especialistas en medicina interna, pediatría y obstetricia y ginecología y siempre que fue posible un psicólogo. Estos especialistas desarrollan su actividad docente supervisando el trabajo del médico en la consulta, en las visitas a las casas, interconsultando los pacientes cuyo tratamiento ofrece dudas al médico de familia y en las actividades docentes colectivas, conferencias, seminarios y revisiones bibliográficas. El policlínico se definió como la facultad del médico de la familia.

La presencia del médico de la familia modifica la función del especialista en pediatría en la atención primaria. El sigue siendo responsable de la atención médica de un grupo de niños de la comunidad, pero a través del médico de la familia, que es el responsable directo de la salud de esos niños. Su papel es el del maestro que ayuda al médico de la familia a ofrecer atención médica de la más alta calidad a los niños y adolescentes de su comunidad, y no se limita a los aspectos docentes relacionados con su especialidad, sino atendiendo también a la forma en que se relaciona con los pacientes y sus familiares, cómo los atiende y se esfuerza en que sigan sus orientaciones con paciencia y perseverancia. Debe inculcarles el hábito del estudio diario y colaborar con ellos en trabajos científicos relacionados con problemas de la comunidad que atienden.

En el momento actual, una parte de los pediatras trabajan en la atención primaria de acuerdo con el modelo de Medicina en la Comunidad y otro grupo en la labor de preceptor del médico de la familia a que antes hicimos referencia; esta última modalidad remplazará progresivamente a la primera en la medida en que el médico de la familia extienda su cobertura en el país. El programa de atención integral al niño quedará incluido en el programa de atención integral a la familia, que como su nombre indica, contendrá una guía de las acciones que el médico de la familia tiene que realizar para preservar o recuperar la salud de la población que atiende.¹²

El trabajo del médico de la familia es complejo, de gran responsabilidad, y exige dedicación y estudio. Los resultados, sobre todo cuando están por medio factores culturales, se observan a mediano o largo plazo. El médico de la familia tiene que prepararse para todo eso y más. El nuevo plan de estudio, diseñado para egresar un médico general, será un factor

decisivo en este sentido. Los profesores que integran el equipo básico de trabajo, el de pediatría entre ellos, con sus conocimientos, su experiencia y sobre todo con su ejemplo diario, tendrán la máxima responsabilidad de que los éxitos iniciales de esta nueva etapa de atención primaria sean sólo un discreto anticipo de lo que será el cuidado de la salud de nuestros niños y de la población en general, cuando en 1995 quede todo el país bajo la atención médica primaria de 20 000 médicos y enfermeras.

EL FUTURO

En los próximos años, al médico de la familia y a su enfermera corresponderá la mayor parte del trabajo médico a realizar en la atención primaria. Si algún otro especialista actúa a este nivel, lo hará por intermedio del médico de la familia. Se incrementará el ingreso en el hogar, los policlínicos tendrán facilidades para hacer cirugía menor y aumentará el número y la confiabilidad de los exámenes de laboratorio clínico y el diagnóstico por imágenes: rayos X y ultrasonido. Habrá más policlínicos con áreas destinadas a la rehabilitación y al empleo del ejercicio físico como terapéutica. Estas posibilidades liberarán a las unidades hospitalarias de una parte del trabajo que ahora realizan, lo que deberá influir en la necesidad del número de camas y la calidad del servicio.

El pediatra, al igual que el internista y el ginecoobstetra, es muy probable que conserve en la atención primaria su función docente, pues siempre habrá médicos formándose como especialistas en medicina general integral, ya que una parte de estos últimos optarán por una segunda especialidad. En unos años es posible que el especialista en medicina general integral asuma también funciones docentes, lo que implicará reajustes en el número y las funciones de los actuales equipos docentes. Como por otra parte aumentará el número de especialistas en medicina general integral, disminuirán los casos de interconsulta remitidos al pediatra, pero éstos tendrán más complejidad por lo que el número de docentes de pediatría que se requerirá para trabajar en la atención primaria será menor, pero con más conocimientos y experiencias.

Será imprescindible que los médicos de la familia en los próximos años realicen investigaciones científicas que vayan abriendo respuestas a las múltiples interrogantes que surgen en la atención primaria. El trabajo investigativo fortalecerá la atención primaria al consolidar su base científica e incidirá en la valoración que se tenga de la especialidad, al complementar su trascendencia social y humana con el prestigio y reconocimiento derivado de la labor realizada y de los aportes científicos. Estas investigaciones surgirán, en mayor medida, de la confrontación de los médicos de la familia con los problemas que detectan en la comunidad, pero la colaboración de los pediatras y otros especialistas en las mismas, no solamente será deseable, sino necesaria.

Puede apreciarse que el trabajo del médico de la familia tendrá una influencia indirecta, pero importante, en los servicios hospitalarios

pediátricos y sobre todo, modificará una parte del perfil del pediatra al realizar la mayor parte de las acciones que hasta ahora corresponden a éste en la atención primaria. Por otra parte, el pediatra tendrá que profundizar sus conocimientos y adaptar su formación a una serie de cambios que se están operando en los servicios pediátricos como son: la concentración de los enfermos graves en las salas de terapia intensiva, la individualización de la neonatología con sus particularidades diagnósticas y terapéuticas, y las implicaciones que tiene el cada vez mayor número de los recién nacidos de muy bajo peso que se salvan, el desarrollo de la cirugía pediátrica neonatal y de la cardiocirugía, el desarrollo del transplante de órganos en la pediatría, la prolongación de la vida en muchos pacientes con enfermedades crónicas y malignas, el desarrollo y la aplicación de nuevas inmunizaciones, la disminución de la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades infecciosas, la posibilidad del diagnóstico precoz de las enfermedades genéticas y metabólicas, novedosas perspectivas en el tratamiento de las enfermedades genéticas, y otras.

Resulta indiscutible que la pediatría seguirá teniendo el gran atractivo y estímulo que representa la lucha permanente por mejorar cada vez más la salud de nuestros niños. Nuestro desarrollo social, la organización de los servicios médicos y los avances tecnológicos al alcance de los pediatras y médicos de la familia, garantizará que el tránsito de la niñez hacia la adolescencia y la adultez se alcance con la plenitud de las posibilidades biológicas y sociales. Es éste nuestro compromiso con el futuro.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los doctores Miguel A. Moya Alba, Elio Garrido Alvarez, Roberto Moya Alba, José Rodríguez Abrines y Cosme Ordóñez Carceller la lectura del manuscrito del presente trabajo y los múltiples análisis y discusiones que hemos tenido sobre el tema que se aborda. Al doctor José A. Gutiérrez Muñiz, bajo cuya dirección y apoyo se hicieron realidad algunas de estas ideas. Al doctor Mario Escalona Reguera que luchó con pasión y tesón por elevar la calidad del trabajo en nuestros policlínicos. A los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que durante años han aplicado con entusiasmo y dedicación las iniciativas que han surgido encaminadas a ofrecer un servicio de más calidad en nuestras unidades de atención primaria.

SUMMARY

An account is made of the development of primary care in Cuba and the role played by the pediatrician in it from 1959 onwards. It is emphasized that the implementation of the concept of the Comprehensive Polyclinic and The Community Medicine model represented a qualitative leap forward in this kind of service, but they did not provide the solution required by our

health system and expected by the population. The idea of training a specialist in comprehensive general medicine and his work as family practitioner, has provided a practical solution to the difficulties and deficiencies encountered in the previous models and has had a positive and profound effect on the health system. The following view is stated: although the family practitioner and the nurse will do most of the medical work in primary care, the specialist in pediatrics will continue to occupy a place there, as professor, in joint consultations, and as cooperator of research developed at this level of care.

RESUME

On fait un exposé, à partir de l'année 1959, du développement des soins du niveau primaire à Cuba et du rôle qui a joué le pédiatre. Il est souligné que la mise en pratique du concept de Polyclinique Intégrale et du modèle de la Médecine Communautaire ont représenté un progrès du point de vue qualitatif dans ce type de service, mais qu'ils n'ont pas constitué la solution que notre système de santé nécessitait, ni celle que notre peuple espérait. L'idée de former un spécialiste en médecine générale intégrale et son travail en tant que médecin de la famille, a démontré dans la pratique apporter la solution aux difficultés et aux déficiences rencontrées dans les modèles antérieurs, ainsi qu'avoir un effet positif et profond sur le système de santé. Néanmoins, on considère que quoique au médecin de la famille et à son infirmière corresponde la plus grande partie du travail médical à réaliser dans les soins primaires, le spécialiste en pédiatrie continuera à jouer un rôle dans ce niveau des soins en tant qu'enseignant, médecin consultant et collaborateur dans les recherches.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Atá, URSS, 1979. Pp. 5-6.
2. HERNANDEZ ELIAS, R.: Desarrollo de la Salud Pública en Cuba. En: Teoría y Administración de Salud. Ciudad de La Habana. Colección del estudiante de Medicina. CNICM, 1980. Pp. 54-69.
3. ROJAS OCHOA, F.: El Policlínico. Serie de informes técnicos. Ciudad de La Habana, CNICM, 1972. Pp. 7-10.
4. MARTINEZ JUNCO, H.: Discurso pronunciado en la clausura del curso de Medicina del Trabajo. La Habana, 1970.
5. RODRIGUEZ ABRINES, J. ET AL.: La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de familia. En: Ramos Domínguez, N.; Aldereguia Henríquez (Eds.): Higiene social y organización de la Salud Pública. Ciudad de La Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1987. Pp. 234-260.
6. Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. Ciudad de La Habana, CNICM, 1976.
7. De la TORRE MONTEJO, E.; R. CASANOVA ARZOLA: The teaching polyclinic: a model for community medical care, teaching and research. *Imp Sci Soc.* 26(4): 291-298, 1976.
8. DNDMS, MINSAP: Programa de especialización en Pediatría. Ciudad de La Habana, 1975.
9. CASTRO RUZ, F.: Discurso pronunciado en la clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud. Camagüey, 1981.
10. CASTRO RUZ, F.: Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1982.

11. CASTRO RUZ, F.: Conclusiones en la clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 1983.
12. MINSAP: Programa de atención integral a la familia. Ciudad de La Habana. (Presentado para su publicación).

Recibido: 11 de mayo de 1988. Aprobado: 7 de junio de 1988.

Prof. Ernesto de la Torre. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Calle 146 No. 2506, municipio Playa, Ciudad de La Habana, 11600, Cuba.