

Situación actual y perspectiva de las ideas fundacionales del programa de medicina familiar en Cuba

Current situation and perspective of the foundational ideas of the family medicine program in Cuba

Leonardo Antonio Cuesta Mejías^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2706-2688>

Violeta Herrera Alcázar¹ <https://orcid.org/0000-0002-7206-2118>

Tatiana Durán Morales¹ <https://orcid.org/0000-0003-0591-076X>

Ana Margarita Muñiz Roque¹ <https://orcid.org/0000-0001-7913-3882>

María Elena Soto Entenza¹ <https://orcid.org/0000-0002-5610-2538>

¹Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: leonardo.cuesta@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las fortalezas y potencialidades del programa de medicina familiar cubano han tenido un indiscutible impacto en nuestra población; se enfrenta hoy al desafío de renovarse y al mismo tiempo mantener y fortalecer sus ideas fundacionales.

Objetivos: Identificar las ideas fundacionales del modelo de medicina familiar cubano y valorar su situación actual.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa. Se elaboró informe inicial, por grupo de fundadores y de especialistas del Departamento de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública, sobre ideas fundacionales del programa de medicina familiar de Cuba. Se discutió en grupo focal de expertos, en tres sesiones de trabajo, y se aportaron criterios sobre situación actual de estas ideas.

Resultados: Se identificaron las principales ideas fundacionales del programa.

Conclusiones: El programa de medicina familiar cubano responde esencialmente a la conceptualización inicial del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Algunas de sus ideas fundacionales necesitan de una revitalización, otras de un perfeccionamiento o

renovación. Hay situaciones que pueden ser abordadas de inmediato, otras que necesitan de reflexión y contextualización en la situación actual y llevarse a cabo en un mayor plazo. No obstante, la calidad de la atención y sobre todo la satisfacción de la población reclaman actuar.

Palabras clave: medicina familiar; medicina general integral; médico de familia; salud Pública.

ABSTRACT

Introduction: The strengths and potentialities of the Cuban family medicine model have had an indisputable impact on our population; facing today, the challenge of renewing itself and at the same time maintaining and strengthening its foundational ideas.

Objectives: To identify the foundational ideas of the Cuban Family Medicine Model and to assess its current situation.

Methods: A qualitative research was carried out. An initial report was elaborated by a group of founders and specialists of the Department of Primary Health Care of the Ministry of Public Health, on the foundational ideas of the Family Medicine Program in Cuba. It was discussed in a focal group of experts, in three working sessions, providing criteria on the current situation of these ideas.

Results: The main foundational ideas of the program were identified.

Conclusions: The Cuban Family Medicine model responds essentially to the initial conceptualization of the Family Doctor and Nurse Practitioner Program. Some of its foundational ideas need revitalization, others need improvement or renovation. There are situations that can be addressed immediately, others that need reflection and contextualization to the current situation and to be carried out over a longer period of time. However, the quality of care and above all the satisfaction of the population demand action.

Keywords: Family Medicine; General Comprehensive Medicine; family physician; Public Health.

Recibido: 15/11/2021

Aceptado: 28/12/2021

Introducción

El programa medicina familiar cubano se desarrolla desde hace más de tres décadas como el tercer modelo de atención médica del período revolucionario en Cuba. Es la expresión más acabada de la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud. Aún muestra potencial para la mejora en la organización, la calidad y la eficiencia de los servicios en el primer nivel de atención de la salud. Es todavía un modelo en desarrollo, perfectible y susceptible de transformaciones para enfrentar nuevos retos, el mayor de los cuales será renovar el modelo, mantener y fortalecer las ideas fundacionales del programa.

En la década de los 60, se implementaron en Cuba el servicio médico rural y el policlínico integral, el primero para llevar los servicios de salud a las zonas rurales y montañosas más intrincadas del país y el segundo como unidad básica del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención. Sus acciones estuvieron encaminadas fundamentalmente al enfrentamiento a los daños a la salud con un equipo de médicos generales, auxiliares de enfermería, estomatólogos, trabajadores sanitarios, sociales y estadísticos.^(1,2,3)

En 1974 se crea el modelo de medicina en la comunidad mantuvo, los principios básicos del policlínico integral con nuevos fundamentos y procedimientos. Con este modelo se perfeccionaron y desarrollaron componentes tales como: sectorización, regionalización, integralidad, trabajo en equipo, continuidad de la atención, participación de la comunidad en las tareas sanitarias y dispensarización.

A pesar del control de las enfermedades no transmisibles, la introducción de la docencia y la investigación en el primer nivel de atención^(4,5), la medicina en la comunidad vio agotadas sus posibilidades de respuestas a la problemática de salud de la población y, en especial, a la satisfacción de esta con los servicios de salud que recibía.^(5,6)

En 1984, bajo la conducción y guía del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, se implementó en el país el modelo de medicina familiar, como vía para la solución de toda la problemática existente. Surge el plan del médico de las 120 familias, médico de la familia o médico de la comunidad. Diez dúos de médicos y enfermeras, que constituyeron los diez primeros equipos básicos de salud (EBS) que laboraron en los consultorios médicos de la familia (CMF). Cada uno de estos equipos brindaba atención médica integral a un promedio de 600 a 700 personas, aproximadamente 120 familias, de ahí su primera denominación.⁽⁷⁾ Su trabajo se complementó desde un inicio con un grupo de especialistas en funciones de supervisión, integrado por médicos especialistas de medicina interna, pediatría, ginecología

y obstetricia y psicólogos, además de profesionales o técnicos de estadísticas, higiene y epidemiología y trabajo social. Todos formaron en conjunto un grupo de 15 a 20 EBS, el Grupo Básico de Trabajo (GBT).⁽⁸⁾

Desde un primer momento se señala la necesidad de que el médico de familia se convirtiera en especialista, surge entonces en 1985 la residencia en Medicina General Integral (MGI), que fue el nombre con el cual se conoce hasta días la especialidad efectora principal en el I nivel de atención en Cuba, la cual tiene un verdadero enfoque biopsicosocial de la salud de la población.⁽⁹⁾

Dentro de sus principales singularidades desde un inicio estuvo el desarrollo de actividades básicas como la dispensarización, el análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial, el ingreso en el hogar, y la atención a personas en estadio terminal, las cuales junto con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud y de rehabilitación garantizan el objetivo principal del programa, mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en su vinculación estrecha con la comunidad.⁽¹⁰⁾

Como parte del proceso de perfeccionamiento constante del modelo, se implementó en 1987 el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), que un año más tarde se conocería como el programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital.

A pesar de las serias afectaciones del período especial, el programa continuó su desarrollo y logró generalizarse a todo el país hasta llegar a la atención del 100 % de la población cubana por médicos y enfermeras de la familia.

En el año 2002 se implementó un conjunto de transformaciones que permitieron llevar al policlínico, en el primer nivel de atención y acercar a la población servicios de salud que hasta ese momento se brindaban solo en instituciones del segundo nivel de atención.

El perfeccionamiento del sistema se mantuvo y a partir del año 2010 se inició un proceso de transformaciones necesarias caracterizado por tres elementos esenciales: la reorganización, la compactación y la regionalización de los servicios de salud para ofrecer solamente aquellos necesarios según las características de las áreas de salud con la finalidad de hacerlos más eficientes y sostenibles.⁽¹¹⁾

Fueron actualizados elementos del modelo de medicina familiar que fueron recogidos en el nuevo Programa del Médico y Enfermera de la Familia del 2011.⁽¹⁰⁾

Las fortalezas y potencialidades del modelo de medicina familiar cubano han tenido un indiscutible impacto en nuestra población,⁽¹¹⁾ el enfrentamiento a la situación epidemiológica provocada por la COVID-19 es una expresión indiscutible de la fortaleza del modelo de Medicina Familiar Cubano. No obstante, algunas de sus ideas fundacionales han sido relegadas y otras no han sido plenamente desarrolladas, nuevas y lógicas insatisfacciones de la población han tenido que ser enfrentadas, se han impuesto nuevos retos como el mejor empleo del método clínico y epidemiológico, la garantía de la continuidad de la atención y el perfeccionamiento de la participación comunitaria y de la intersectorialidad. De cualquier manera, el mayor desafío será realizar un proceso de renovación del modelo, al mismo tiempo que se mantengan y fortalezcan las ideas fundacionales del programa.

El objetivo del estudio fue identificar las ideas fundacionales del modelo de medicina familiar cubano y valorar su situación actual.

Métodos

Mediante el empleo de técnicas de la investigación cualitativa se creó un grupo focal que elaboró un documento inicial e incluyó un grupo de ideas fundacionales del programa del médico y enfermera de la familia con la participación de un grupo de fundadores, así como de especialistas del Departamento Nacional de Atención Primaria de Salud del MINSAP.

El grupo estuvo constituido por 17 profesionales, de ellos 4 médicos de familia e igual número de enfermeras que trabajan en CMF, 6 especialistas en MGI, tres de ellos, laboran en el Nivel Central del MINSAP, y 3 profesores e investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública. También se incluyeron 2 especialistas de especialidades básicas, una obstetra y un internista, y un psicólogo; todos ellos con experiencia tanto asistencial como docente en el primer nivel de atención.

El grupo laboró en tres sesiones de trabajo, se analizaron las ideas fundacionales propuestas, se dieron criterios sobre su situación actual, y se esbozaron, aunque no era objetivo del grupo, algunos elementos relacionados con las acciones necesarias para la revitalización de estas ideas fundacionales. En los casos necesarios se tuvo en cuenta la renovación de alguna de ellas.

El grupo estuvo conducido por un moderador, fueron seleccionados dos facilitadores para poder recoger toda la información, la cual se sintetizó por los autores del informe.

Resultados

Se identificaron las principales ideas fundacionales del programa del médico y enfermera de la familia y se llegó al consenso que son las que definen la conceptualización inicial de este programa.

Ideas fundacionales

1. Cercanía del CMF a la población de atención.
2. Residencia del médico de la familia en la propia comunidad que atiende.
3. Necesidad de creación y mantenimiento de la reserva médica y de enfermería en las áreas de salud sobre todo para las sustituciones prolongadas, y el establecimiento y funcionamiento de los dúos o tríos para cubrir ausencias eventuales de corto tiempo de otros integrantes de los EBS.
4. Los policlínicos como centros de docencia médica superior. Desarrollo de la especialización en Medicina General Integral, desde el propio CMF.
5. Garantía para el tiempo de superación permanente del Médico y Enfermera de la familia.
6. El número de población a atender aproximadamente entre 600 y 700 habitantes, más o menos, 120 familias.
7. Consultorio con estructura general, instrumental, equipamiento y mobiliario que garantice resolutiveidad del equipo básico de salud con posibilidad de la realización en el CMF de un grupo de procedimientos por parte del médico y la enfermera que incrementan el nivel de resolutiveidad a nivel de los consultorios, la calidad de la atención, la preparación del EBS y su nivel de aceptación y de satisfacción por parte de la población. Entre otros, vacunación, colocación o retiro de DIU, suturas, drenaje de abscesos, inmovilización de extremidades con férulas, etc.
8. Consulta y terreno en horario alterno, generalmente consulta en la mañana y terreno en la tarde de lunes a viernes.
9. Conformación y completamiento de los GBT.

10. Interconsultas básicas en los CMF, no básicas en el policlínico. Acompañamiento del paciente por uno de los integrantes de los EBS, en su defecto una adecuada referencia y contrarreferencia escrita, con constancia en la historia clínica individual.
11. El médico como “Guardián de la Salud”, preocupado, atento, amable con toda su población. Alerta y preocupado ante todo nacimiento, enfermedad, fallecimiento, accidente de alguna de las personas que atiende.
12. Visita a pacientes ingresados con independencia de las causas, hacer énfasis en recién nacidos, puérperas, operados, graves, entre otros.
13. Vínculo estrecho con los líderes formales y no formales de la comunidad.
14. Además del desarrollo del método científico, clínico, epidemiológico y social, en el marco de las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente, tener en cuenta el desarrollo de relaciones de vecindad, la coincidencia en diferentes centros de la comunidad y la participación en actividades políticas y de masas.
15. Cumplimiento del código de honor del médico de familia.
16. La dispensarización, el análisis de la situación de salud, el ingreso en el hogar y la atención a pacientes en estadio terminal como singularidades del modelo que distinguen el trabajo del médico y la enfermera de la familia.
17. Información amplia a la población de su horario de trabajo, de actividades a desarrollar fuera del consultorio como parte de su propio programa de trabajo, así como la comunicación de cualquier cambio en la regularidad de la atención establecida y conocida por la población.

Las ideas fundacionales llegaron en su momento a implementarse todas, aunque con diferentes niveles de desarrollo, en los diferentes lugares. Hoy han sido más o menos relegadas y necesitan ser rescatadas o restablecidas. Las causas han sido múltiples, desde falta de exigencia y control, el no cumplimiento de los planes de trabajo de los integrantes de los EBS y de los GBT, dificultades en el completamiento de estos, dificultades materiales, carencia de recursos, entre otros muchos.

Un breve análisis del estado en que se encuentra actualmente el desarrollo de estas ideas confirmaron estos planteamientos:

1. Aunque no está establecida una distancia promedio de los CMF a las residencias de las personas que atiende, son múltiples los lugares donde estas distancias hoy se van

más allá de lo razonable, teniendo en cuenta sobre todo el envejecimiento acelerado de la población cubana, lo cual se acompaña en mayor o menor medida de dificultades en la movilización de las personas. Durante las evaluaciones de las transformaciones, un grupo de estos consultorios han sido resueltos.

2. Igualmente, por la gran movilidad de los médicos y enfermeras de la familia muchos de los que trabajan hoy en los consultorios no son precisamente los que viven en sus viviendas (se avanzó en este tema, pero hoy presenta una realidad difícil).
3. No cumplimiento uniforme de la sesión semanal de preparación de los médicos de familia, en ocasiones no se tiene en cuenta a la enfermera.
4. El número de población a atender con un máximo de 1500 personas es excesivo, nunca se ha establecido sobre una base científica, de manera absoluta, esa es una investigación pendiente, ahora bien, a pesar de que en las condiciones de la época inicial del programa con una población de 600-700 habitantes, correspondientes a 120 familias aproximadamente, no se cumplía con todos los indicadores del programa, si se lograba una mayor satisfacción de la población.
5. No se garantiza aún el nivel de resolutivez al que se aspira y merece la población atendida en los consultorios del médico y enfermera de la familia. Un grupo importante de locales de consulta son compartidos por dos, tres, cuatro o más EBS.
6. El terreno solo está establecido en dos sesiones semanales.
7. Falta de completamiento de los GBT y algunos de estos grupos no conducidos por especialistas en MGI. Esta estructura es indispensable para el mejor desarrollo del programa, diríamos que es vital, su completamiento y buen funcionamiento, así como la conducción por un especialista en MGI, con experiencia, liderazgo y estabilidad.
8. No observancia de los elementos esenciales de la interconsulta, con otros especialistas del área, o del segundo nivel y de la referencia y contrarreferencia, así como de la proyección comunitaria de las especialidades.
9. Limitación dentro de la actividad de terreno de la visita a pacientes internados en diferentes instituciones, fundamentalmente en hospitales, gestantes, púerperas, recién nacidos, operados, pacientes graves entre otros.
10. Insuficiente sistematicidad en el trabajo conjunto del EBS con los líderes formales y no formales de la comunidad.

11. No se aprovechan suficientemente las relaciones de vecindad de los integrantes de los EBS ni los intercambios frecuentes con la población ante la coincidencia en diferentes centros de la comunidad y la participación en actividades políticas y de masas de la comunidad. Recordar que el EBS no solo trabaja en el consultorio y en el terreno, en un horario estrecho o limitado, vive en esa propia comunidad, acciona permanentemente en esa área, es observado, es o se convierte en un líder, en una autoridad que debe ganarse u obtener un respeto que le permita el mejor cumplimiento de sus funciones con poblaciones con problemáticas variables en los diferentes ámbitos.
12. Desconocimiento y falta de cumplimiento de preceptos del Código de Honor del Médico de la Familia.
13. Las actividades básicas que distinguen y singularizan el accionar del EBS, dispensarización, Análisis de la Situación de Salud, Ingreso en el Hogar y la atención a pacientes en etapa final de su vida tienen un gran potencial de mejoras de su calidad incluyendo de la satisfacción de la población. A veces se ofrecen algunos indicadores sobre todo estadísticos que pueden distorsionar la percepción de cómo se cumplen estas actividades básicas. La población asignada, para nosotros excesiva, y los estándares establecidos para algunas acciones que conlleva el desarrollo de estas actividades, hacen que se conviertan en metas no alcanzables de manera objetiva contribuyendo a la desmotivación de los equipos básicos de salud.
14. Insuficiente planificación de las acciones de salud. En este aspecto se señala que esta planificación no puede ser realizada por los integrantes del EBS, el J' del GBT y el Subdirector de Asistencia Médica, ni por separado ni de conjunto, debe ser el resultado de un proceso sistemático de intercambio en los diferentes contactos con los individuos y con las familias, con acuerdos de los momentos en que deben cumplirse las diferentes acciones.

Discusión

Como parte de la discusión en el marco del grupo focal se trató de delinear posibles acciones a desarrollar para el enfrentamiento de la problemática presentada anteriormente. A manera

de resumen, exponemos las apreciaciones fundamentales de los integrantes del grupo focal sobre las principales acciones a desarrollar:

Acciones a desarrollar

1. Revisión en todo el país de la ubicación de los CMF y sus distancias promedio con relación al lugar de residencia de la población asignada. Hacer redistribuciones posibles de población siempre con la premisa de lograr la mayor cercanía posible.
2. Revisión de los casos que hoy trabajan en otras ubicaciones y residen en las viviendas de CMF que prestan servicio a la población, evaluar posibles soluciones a cada caso en particular de conjunto con los gobiernos y las autoridades de salud locales.
3. Analizar el déficit de médicos y enfermeras de cada lugar, ubicación real de los recursos humanos y mantener la máxima exigencia y control sobre el completamiento necesario. Con las cifras de médicos y enfermeras con que contamos hoy no se justifica esta situación de CMF sin médicos y/o enfermeras.
4. Mantener un proceso sistemático de certificación y recertificación de policlínico y CMF para la docencia. Insistir dentro de sus elementos fundamentales en la categorización de los especialistas de los GBT.
5. Planificar y cumplir con la sesión semanal de capacitación permanente de médicos y enfermeras de la familia.
6. Disminuir el máximo de población atendida por cada EBS a menos de 1000 personas, todo hace pensar que sería un número que permitiría una mejor organización de la atención, acercaría la población al CMF y propiciaría mayor acercamiento entre el EBS y la población.
7. Planificar adecuadamente y garantizar las condiciones estructurales de los CMF incluyendo la necesidad de disminuir el número de locales compartidos por dos o más EBS.
8. Volver a lograr que se sistematice la actividad de terreno en horario contrario a la consulta de lunes a viernes.
9. Elaborar y chequear sistemáticamente una estrategia a todos los niveles del sector para lograr el completamiento de los GBT.

10. Insistir en el carácter docente asistencial de la interconsulta médica y en la necesidad del cumplimiento de los protocolos para esta, para la referencia y la contrarreferencia.
11. Exigir el cumplimiento por parte de los médicos de familia de las funciones y acciones que lo hacen ser un verdadero “Guardián de la Salud” de la población que atienden.
12. Estimular y propiciar dentro de la actividad de terreno del EBS la visita a pacientes internados en diferentes instituciones, fundamentalmente en hospitales como gestantes, puérperas, recién nacidos, operados, pacientes graves entre otros.
13. Estimular y exigir y relacionar sistemáticamente el vínculo y el trabajo conjunto con los líderes formales y no formales de la comunidad sobre todo en el marco del análisis de la situación de salud.
14. Velar por el liderazgo de los médicos y enfermeras de la familia dentro de las comunidades que atienden.
15. Elevar el conocimiento entre los trabajadores del policlínico y en especial de los integrantes de los EBS y de los GBT del Código de Honor del médico de familia y exigir el cumplimiento de sus preceptos.
16. Propiciar la mayor capacitación de los EBS con relación a los elementos esenciales de las actividades básicas que singularizan su trabajo.
17. Exigir el cumplimiento de lo establecido con relación a la dispensarización, el análisis de la situación de salud, el ingreso en el hogar y la atención a pacientes en etapas finales de la vida.
18. Exigir la mayor planificación y cumplimiento de las acciones de salud, disminuyendo al mínimo posible las acciones eventuales o imprevistas, a través de la negociación permanente con la población y con la comunicación bidireccional eficiente y oportuna.

Consideraciones finales

El modelo de medicina familiar cubano responde esencialmente a la conceptualización inicial del programa del médico y enfermera de la familia, en sus inicios plan del médico de las 120 familias. Algunas de sus ideas fundacionales necesitan de una revitalización, otras de un perfeccionamiento o renovación, lo que es lógico por lo cambiante que ha sido la situación general en nuestro país y por ser este un modelo de atención que ya casi completa

las cuatro décadas de existencia. Hay situaciones que pueden ser abordadas de inmediato, otras que necesitan de reflexión y contextualización a la situación actual y llevarse a cabo en un mayor plazo, no obstante, la calidad de la atención y sobre todo la satisfacción de nuestra población reclama actuar, al parafrasear el decir de nuestros máximos líderes, sin prisa, pero sin pausa y pensar como país.

Referencias bibliográficas

1. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2005 [acceso 05/10/2017];31(2). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es Acceso
2. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003 [acceso 05/10/2017];19(1):56-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es
3. Placeres Hernández J, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev Med Electron. 2014 [acceso 30/08/2017];36(2):124-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es
4. Vela Valdés J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba 1959-2014. [Tesis para el grado de Doctor en Ciencias de la Salud]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2016 [acceso 01/10/2017]. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/405/490>
5. Presno Labrador C. El médico de la familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [acceso 30/08/2017];22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100015&lng=es
6. López Puig. P, Segredo Pérez AM, García Milian AJ. Estrategia de renovación de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [acceso 30/08/2017];40(1):75-84. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es

7. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, *et al.* El Programa del Médico y Enfermera de la Familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e31. DOI: <http://doi.org/1026633/RPSP.2018.31>

8. Martínez Calvo S. Renovación del análisis de la situación de salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [acceso 01/10/2017];39(4):752-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es

9. Cuesta Mejías LA, Presno Labrador C. La Medicina General Integral una especialidad clínica con un verdadero enfoque biopsicosocial de la salud de la población. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 [acceso 01/10/2017];29(4):379-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400011&lng=es

10. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MC, *et al.* Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [acceso 28/06/2022];30(3):364-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es.11

11. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP. 2010 [acceso 01/10/2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/2011transformaciones-necesarias-salud-pública.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Leonardo Antonio Cuesta Mejías.

Análisis formal: Leonardo Antonio Cuesta Mejías, Tatiana Durán Morales, Ana M. Muñiz Roque, María Elena Soto Entenza.

Investigación: Leonardo Antonio Cuesta Mejías, Violeta Herrera Alcázar, Tatiana Durán Morales, Ana M. Muñiz Roque, María Elena Soto Entenza.

Metodología: Leonardo Antonio Cuesta Mejías, Violeta Herrera Alcázar, Tatiana Durán Morales, Ana M. Muñiz Roque, María Elena Soto Entenza.

Supervisión: Leonardo Antonio Cuesta Mejías.

Validación: Violeta Herrera Alcázar.

Visualización: Leonardo Antonio Cuesta Mejías.

Redacción - borrador original: Leonardo Antonio Cuesta Mejías.

Redacción - revisión y edición: Leonardo Antonio Cuesta Mejías, Tatiana Durán Morales, Ana M. Muñiz Roque, María Elena Soto Entenza.