



# ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR

Dpto. Salud Pública  
Facultad Manuel Fajardo

# PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA



# Atención Primaria de Salud

## Antecedentes y Orígenes

- 1972. Santiago de Chile. Reunión Especial. Ministros de Salud de las Américas. Meta del Decenio de los 70: Extensión de la cobertura
- 1973. Consejo Ejecutivo, OMS. Identificación de grandes disparidades sanitarias. Recomienda se construyan alternativas para atender necesidades básicas de la población.
- 1975. Asamblea Mundial y Consejo Ejecutivo, OMS. Propuesta fomentar la APS. Convocatoria a Conferencia Internacional.
- 1977. 30 Asamblea Mundial, OMS. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. Principal meta social de los gobiernos y de la OMS.

Se propone:

- **Aumento de la esperanza y calidad de vida para todos.**
- **Mejorar la equidad en salud entre países y dentro de ellos**
- **Asegurar el acceso de todos a sistemas y servicios de salud sostenibles**

# Atención Primaria de Salud

↖ 1977. Washington. IV Reunión Especial. Ministros de Salud de las Américas. Contenido y contribución de las Américas a la cita de ALMA ATA.

↖ 1978. ALMA ATA. Unión Soviética. APS como estrategia

para alcanzar SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

# Atención Primaria de Salud

## Concepto:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, 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 con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del SNS, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

# Atención Primaria de Salud

## Actividades Sanitarias Básicas Definidas en Alma Ata

1. Educación de la comunidad en materia de salud.
2. Nutrición adecuada.
3. Agua potable y saneamiento básico.
4. Salud de la madre y el niño.
5. Inmunización.
6. Prevención de enfermedades endémicas.
7. Tratamiento de las enfermedades comunes.
8. Suministro de fármacos esenciales.

# Atención Primaria de Salud

## Ejes de la APS

1. Participación Comunitaria.
2. Participación Intersectorial.
3. Descentralización.
4. Tecnología Apropriada

## Componentes de la APS

1. Accesibilidad.
2. Primer contacto.
3. Coordinación.
4. Continuidad.
5. Responsabilidad.
6. Atención Médica Integral.
7. Trabajo en Equipo

# MEDICINA FAMILIAR

## ¿ Por qué surge la Medicina Familiar ?

- ☞ Por la necesidad de cambio y perfeccionamiento del movimiento de médicos generales ante el desarrollo de las especialidades médicas.
- ☞ Por la necesidad de la sociedad de más contacto humano como Reacción al mundo tecnológico que la envuelve.
- ☞ Por el cambio de paradigma de la ciencia y de la medicina.
- ☞ Por la transformación de los patrones de morbilidad y mortalidad.
- ☞ Por la necesidad de colocar a la familia en el centro de la atención médica.
- ☞ Por la fragmentación de la población médica.
- ☞ Por los altos costos y la baja calidad de los servicios sanitarios.



# MEDICINA FAMILIAR

## ¿ Qué es la Medicina Familiar?

La especialidad médica efectora principal de la APS, que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente y que tiene como base el método clínico, epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

El quehacer científico y social que transforma la práctica biomédica individual en el trabajo sociomédico en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

La nueva medicina, la medicina humana y científica del siglo XXI

# MEDICINA FAMILIAR

## Funciones:

- ◆ Atención integral
  - ◆ Educativa
    - ◆ Investigativa
      - ◆ Gerencial
        - ◆ Ambiental

# Evolución de los servicios de salud con la APS y la Medicina Familiar

## Antiguo Paradigma

### *Foco convencional*

- Enfermedad
- Curativo
- Pacientes individuales
- Reactivo

### *Contenido convencional*

- Tratamiento
- Cuidado del episodio
- Problema específico
- Predominio hospitalario

### *Organización convencional*

- Especialistas
- Médicos
- Práctica individual
- Hospitales, clínicas, profesionales de la salud y aseguradoras trabajan por separado
- Gerentes coordinan los servicios
  
- La meta es llenar las camas hospitalarias

### *Responsabilidad convencional*

- Exclusiva del sector salud
- Dominio de los profesionales de la salud
- Recepción pasiva

## Nuevo Paradigma

### *Nuevo foco*

- Salud
- Prevención y cuidados a la salud
- Salud de base poblacional
- Proactivo

### *Nuevo contenido*

- Promoción de la salud
- Continuidad en la atención
- Cuidado integral
- Predominio ambulatorial

### *Nueva organización*

- Médicos generales/familia y comunidad
- Otros grupos profesionales de la salud
- Trabajo en equipo
- Sistema de servicios de salud integrados
  
- Gerentes buscan activamente el mejoramiento continuo de la calidad de la atención
- La meta es proveer cuidados de salud en el nivel más adecuado de atención

### *Nueva responsabilidad*

- Colaboración intersectorial
- Participación comunitaria
- Responsabilidad personal

# ESCENARIO ACTUAL

- APS continúa siendo muy relevante para abordar los problemas de salud.
- Existe una considerable diversidad de modelos de organización y provisión de APS implantados.
- Aún cuando la APS se basa en un conjunto de principios y valores (relativamente) claros, su implantación necesita:
  - ser pragmática (dar respuesta a los problemas reales de la comunidad)
  - renovarse e innovarse (propiciar “espíritu de búsqueda”)
- Muchos países continúan enfrentado dificultades en la implantación de la APS y requieren de apoyo para abordarlos
- El contexto político en el que opera APS ha cambiado significativamente en mucho de los países (nueva concepción del Estado, mayor participación de ONGs y sector privado en la provisión de servicios, impacto de la globalización, etc.)

# ESCENARIO ACTUAL

- El desarrollo de políticas y la implantación de APS sufre de falta de evidencia y medición de desempeño y éxito.
- Persisten algunas confusiones en torno a definiciones, funciones y lenguajes en torno a APS, las que incluyen:
  - Si APS es una aproximación (estrategia) o un nivel de atención
  - Si APS incluye responsabilidades de salud pública y promoción.
- Se requiere de realismo en cuanto a lo que la APS puede lograr, especialmente con relación a problemas complejos, en los cuales aspectos sociales, económicos y políticos son determinantes fundamentales del nivel de salud
- El abordaje de estos problemas complejos requiere invariablemente de colaboración intersectorial

# ESCENARIO ACTUAL

- Modelos de organización y provisión APS son menos efectivos cuando no están totalmente integrados con los otros componentes del sistema de servicios de salud
- En muchos países el énfasis en el entrenamiento uni-disciplinario de profesionales de la salud es un obstáculo mayor para la implantación de modelos efectivos de APS
- En muchos países el principio de participación comunitaria, el cual es central para la APS, ha encontrado dificultades para manifestar su total potencial
- Existe preocupación de que las agencias de cooperación externa, principalmente agencias de desarrollo y donantes, pueden distorsionar la generación de modelos locales y efectivos de APS, a través de la aplicación inflexible de sus propias políticas y prioridades

# ETAPAS DEL DESARROLLO DEL MODELO CUBANO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

1ra Etapa: Atención Primaria de Salud  
indiferenciada. 1959- 1961

☞ Surgimiento del Servicio Médico Rural.

Ley 723, 1960.

# 2da. Etapa: Atención Primaria de Salud Diferenciada.

1961- 1974

- ☞ Área de Salud.
- ☞ Policlínico Integral (1963).
- ☞ Programas de Salud.
- ☞ Campañas de Vacunación y Saneamiento.



# PRIMEROS PROGRAMAS DE SALUD

1966

- 👉 Programa Materno Infantil.
- 👉 Programa de Asistencia Médica al Adulto.
- 👉 Programa de Asistencia Estomatológica.
- 👉 Programa de Control de Enfermedades Trasmisibles.
- 👉 Programa de Higiene Urbana y Rural.
- 👉 Programa de Higiene de los Alimentos.
- 👉 Programa de Higiene Escolar.
- 👉 Programa de Higiene del Trabajo.

# 3ra. Etapa: Atención Primaria de Salud modelo de Medicina en la Comunidad 1974-1983

- ✓ Equipo de salud.
- ✓ Atención Sectorizada.
- ✓ Atención continuada.
- ✓ Atención dispensarizada a grupos de riesgo.
- ✓ Docencia e Investigación en la comunidad.
- ✓ Consolidación de los programas de atención integral a las personas.

# 1983.

Se cumplieron en Cuba las metas de Salud para Todos propuestas por la Asamblea Mundial de la Salud, en Alma Ata, para el año 2000.

4ta. Etapa

1984

Modelo de Medicina Familiar

# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (1)

- ☞ Programa de Atención Médica Integral a la Familia.
- ☞ El Policlínico se transforma en Facultad de Medicina.
- ☞ Se desarrolla la estrategia integrada de intervención en la Salud de individuos, familias, el ambiente y la comunidad.

# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (2)

- ☒ Atención a la salud con enfoque de ciclo vital
  - ☒ Carácter proactivo de la atención:  
universalización del proceso de dispensarización.
  - ☒ El Equipo Básico de Salud vive en la propia comunidad.
- El 66% de las familias cubanas viven a menos de 350 metros del CMF.
- ☒ Trabajo en equipo: El E.B.S y el G.B.T.
  - ☒ Atención médica integral dispensarizada.

# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (3)

- ☒ Utilización del Análisis de la Situación de Salud.
- ☒ Participación activa de la comunidad y la intersectorialidad en la gestión de salud.
- ☒ Formación del especialista en la comunidad (formación médica orientada a la comunidad).
- ☒ El ambiente como espacio de intervención.
- ☒ Cobertura priorizada a las áreas montañosas y rurales.
- ☒ La práctica de la solidaridad internacional.

# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (4)

- ▶ Acelerado ritmo de cobertura con Medicina Familiar.
- ☞ 1984: 10 Médicos de Familia y 19 Residentes.
- ☞ 2002: 31 847 Médicos de Familia y 18 583 Especialistas.
- ☞ Cobertura al 98,3% de la Población.
- ▶ La participación femenina en el modelo de Medicina Familiar.
- ☞ 73% de los integrantes del GBT.
- ▶ Los profesionales de la medicina familiar gerencian la APS y el Sistema Municipal de Salud.



# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (5)

- ☞ La Medicina Familiar constituye la base de la estrategia cubana de respuesta a la urgencia y la emergencia medica.
- 163 Policlínicos Principales de Urgencia.
- Un punto de urgencia a menos de 1000 metros en las ciudades y comunidades urbanas.
- Del año 1996 al año 1999 se redujo en 1 600 000 los casos vistos en cuerpos de guardia de los hospitales.
- Desarrollo de la Trombolisis pre- hospitalaria.

# Singularidades y Resultados del Modelo Cubano de Medicina Familiar (6)

 Desarrollo del Ingreso en el Hogar.

1999: Se redujo en 500 000 el numero de ingresos hospitalarios por concepto de Ingreso en el Hogar.

 Desarrollo de la Cirugía Ambulatoria en 104 policlínicos.

# Impacto Hospitalario del Programa Cubano de Medicina Familiar

- ◆ Reducción de los casos vistos en cuerpos de guardia hospitalarios.
- ◆ Reducción de los casos vistos en consultas externas hospitalarias.
- ◆ Reducción del ingreso hospitalario, aumento del número de ingresos programados, reducción de la estancia promedio y mejor utilización de la cama hospitalaria.
- ◆ Redimensionamiento Hospitalario.
- ◆ Proyección comunitaria de las especialidades.

# 1999

El 90% de los problemas de salud  
de la población cubana tiene  
solución en el 1er. Nivel de  
Atención

# Etapa Actual: Fortalecimiento del Sistema Municipal de Salud.

## Perfeccionamiento del modelo de Medicina Familiar.

☞ Rediseño y mejora de las tecnologías de intervención individual, familiar y poblacional.

☞ Prioridad a la intervención en el paciente sano, en la familia y el espacio escolar y laboral.

☞ Perfeccionamiento de la concepción y práctica de la formación y especialización de recursos humanos en la comunidad.

☞ Desarrollo del perfil de desempeño de la enfermera.

# Etapa Actual

- Desarrollo del Sistema de Urgencia Médica en la Atención Primaria de Salud.
- Desarrollo del proceso de Proyección Comunitaria de las Especialidades.
- Fortalecimiento del Sistema Municipal de Salud.
- Concepción del Policlínico Necesario.
- Capacitación intensiva de los RRHH.