

LA MEDICINA FAMILIAR: HISTORIA Y REALIDAD EN CUBA

Autores: Rubén Carlos Mayo Márquez

Mael Lisandra Batista Estévez

Rubén Mayo López

E-mail: ruben1968fallal@gmail.com, yalimael@gmail.com, y ruben1968fallal@gmail.com

Fecha de recepción: 18/11/2019

Fecha de aceptación: 15/01/2020

RESUMEN

La medicina familiar (MF) 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. Se realizó una revisión bibliográfica a través de diferentes fuentes de información, con el objetivo de tener un acercamiento a la historia de la medicina familiar, la actualidad y realidad de la misma en Cuba. 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. A pesar de los factores que han incidido de forma negativa el programa del Médico de la Familia en Cuba exhibe resultados satisfactorios.

Palabras claves: Medicina familiar, Atención primaria, Programa del Médico de la Familia.

FAMILIAR HISTORY AND ITS REALITY IN CUBA

ABSTRACT

Familiar medicine is the only medical specialty that has not been overcome because of the success of the medical technologies sciences, but for the reasons either from the society or The state. A bibliographical research through different means was made with the objective to have an approach to the history of the familiar medicina, the impact nowadays and its reality on Cuba. Familiar medicine reemerge on a dialectic spiral in ascending development because of the urge to satisfy the social needs of a medical care that provides an efficient, human, high scientific-technic, quality and sustainable health service. Despite of the factors that have acted negatively the family -doctor medicine in Cuba shows satisfactory results and the work.

Keywords: Familiar medicine, Primary health care, Family-doctor medicine programa

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. También llamada Medicina de Familia, 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, Lemus, E.; Borroto E. y Aneiros-Riba, R. (1998). Se realizó una revisión bibliográfica a través de diferentes fuentes de información, buscadores. Las fuentes primarias y secundarias revisadas incluyeron revisiones del tema, artículos de investigación con el objetivo de tener un acercamiento a la historia de la medicina familiar, la actualidad y realidad de la misma en Cuba.

Desarrollo

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad.

El médico de familia es el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo- desde la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario- que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población, como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve, Rubistein, A. (2006).

La medicina familiar parece surgir de modo más o menos intempestivo, en el mundo; sin embargo, esta especialidad sólo ha podido concretar su espacio luego de una prolongada búsqueda. En la época moderna, esta travesía se inició en Inglaterra, donde desde la década de los 40 del siglo pasado, los ingleses reforzaron su sistema de General Practitioners ("Médicos Generales"), persiguiendo revalorizar la herencia de los antiguos médicos de cabecera y desarrollar un nuevo tipo de profesionales, capaces de atender al paciente sin importar sexo, raza,

padecimiento u otra característica, aportándole un enfoque científico y ampliando su capacidad de brindar un adecuado mantenimiento de la salud y una atención resolutive de primer contacto en el contexto de su familia y comunidad.

Según Herrera, V. R. (2014), en esa década, 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. Esta experiencia se trasladó a Estados Unidos, donde producto de una recomendación contundente de 1966, en el año 1969 la American Medical Association (AMA) aceptó a la MF como la 20ma. Especialidad, 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. Posteriormente, a fines de la década de los 60 e inicios de los 70 (luego del éxito en el Reino Unido y Estados Unidos) se inició en Iberoamérica una primera ola de impulso a la MF. Esta acción promovida en Latinoamérica, entre otros, por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), la Fundación Kellogg y por actores institucionales europeos en España, consistió en la realización de múltiples simposios internacionales, seminarios, proyectos demostrativos, etc. dirigidos a la sensibilización de actores clave que pudieran impulsar la MF.

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). Sea por relación causal o meramente circunstancial, durante las décadas de 1960 y 1970, diversos países como Cuba, México, Panamá, Venezuela, Bolivia y España iniciaron sus programas institucionales y formativos basados en MF, Ceitlin J. (2006).

No obstante, el desarrollo fue heterogéneo y en la actualidad Cuba y España tienen buena parte de sus sistemas de salud basados en médicos de familia con énfasis en la atención comunitaria basada en la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, enfoque epidemiológico y

aproximación equitativa a la población; en México, la MF abarca al primer nivel de la atención del sistema de la seguridad social. En los otros países citados, la expansión nacional ha sido bastante limitada. Una segunda ola de impulso a la MF en el continente puede ser identificada a partir de los años 90 y tiene como hitos a las conferencias de Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Organization of Family Doctors (WONCA) de noviembre de 1994 en Ontario, Canadá, Suarez, M. A. (2008).

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, Herrera, V. R. (2014, p.374).

En México, la Medicina Familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de los 50 aunque en los 70 se inician sus programas, ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la Atención Primaria. 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 ese contexto, cada médico familiar atiende entre 2000 a 3000 personas que están bajo su cuidado, Irigoyen-Coria A; Morales, E; Hamui, A. y Ponce, R. (2006).

Existen diversos criterios en Brasil, se inició el Programa de Saúde de la Familia en la segunda mitad de la década de los 90. Otros remontan los inicios de la formación de la medicina familiar son de la década de los 80, Ceitlin J. (2006, p.14). 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). También Chile y Argentina iniciaron, por esa época, políticas agresivas para expandir la formación de médicos familiares y multiplicar los modelos regionales de atención basados en esta especialidad. Igualmente, se desarrollaron diversas iniciativas en el área de la Medicina Familiar e Integral, en países de la región como Costa Rica, Colombia, Ecuador, Venezuela donde tienen consolidados programas de posgrado en MF.

En el Perú, la necesaria expansión de la MF lleva por lo menos una década de atraso en relación con otros países del continente. No obstante, esta especialidad también tiene su historia. El residente médico para formar especialistas en Atención Primaria (AP) se inició en el Perú en 1989, adquirió la denominación uniforme de Medicina General Integral, Abril, R. (2013).

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, Herrera R. (2014).

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” Posteriormente, la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) desarrolló las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar, en Sevilla, España, en el 2002; Santiago de Chile, en el 2005 y Fortaleza, Brasil, en el 2008; todas ellas con conclusiones que refuerzan las líneas de trabajo previamente delineadas, Ceitlin J. (2006).

En Cuba se proyecta de otra manera. El fenómeno concreto que es hoy la medicina familiar cubana apareció como resultado de la convergencia de cuatro factores, fundamentalmente:

1. Los cambios en el cuadro epidemiológico del país a partir del desarrollo social alcanzado apuntaban a la necesidad de una atención médica más pertinente dados los cambios demográficos y del cuadro de morbilidad y mortalidad de entonces. La sub especialización no era ya la alternativa sustentable y existía un elevado número de médicos generales no especializados que se mantenían laborando en los policlínicos.
2. Las reflexiones derivadas de la dramática experiencia con la epidemia de dengue hemorrágico desde mayo hasta agosto de 1981.
3. La voluntad política de desarrollar una táctica que permitiera responder a la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para lograr las metas de salud para todos en el año 2000.

La introducción de este modelo en el Sistema Nacional de Salud, generó importantes transformaciones en la atención médica en el nivel primario. Según Díaz, J. (1989, p.21), el nuevo tipo de médico y enfermera de la familia sustenta su actuación profesional en el análisis de la situación de salud comunitaria, y la dispensarización aplicando el enfoque familiar. Con ello rescató la atención médica al ser humano en su amplia dimensión como ser bio-psico-social, considerando la influencia del ambiente sobre su salud, se concibió inicialmente un médico y una enfermera por cada 120 familias. En la práctica (como norma) la población atendida por cada equipo básico de salud (EBS) fue de unas 600 personas, entre 150 y 200 familias.

La Higiene y la Epidemiología se integraron aún más al nivel primario y se consolidó un modelo de atención con un enfoque clínico-epidemiológico y social. La atención médica o de enfermería se ofrecía ahora en la consulta de la comunidad o en el propio hogar de las personas; igual se podía acompañar a un paciente a ingresar al hospital o a realizarle un examen; visitarlo durante su ingreso y conversar directamente con el médico de asistencia, cuando el caso lo requiriera. Desde marzo de 1985 se desarrolló la modalidad de ingreso domiciliario, Castro Ruz F. (1998). Se desarrollaron las consultas o terrenos que comenzaban al final de la tarde, conocidos como "deslizantes", destinados a atender a la población trabajadora. El médico de la familia comenzó a concentrarse no solo en la demanda de los pacientes, sino también en sus necesidades de salud no sentidas y en las acciones de educación para la salud al nivel comunitario, se crearon círculos de abuelos de adolescentes y de embarazadas.

La Medicina Familiar prepara especialistas con un perfil amplio de actividades para responder a los desafíos que debe encarar un profesional en el nivel primario de salud y, en consecuencia, los habilita para responder a funciones tan diversas como:

1. Prestar atención médica a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y gestantes, de manera integral e integrada, involucrando a su familia y comunidad.
2. Resolver más del 80 % de la consulta en AP, incluyendo: el mantenimiento de salud, patologías en su etapa inicial, control de patologías crónicas, además de problemas del comportamiento, en base a la Medicina Basada en Evidencias.
3. Brindar atención y consejería a familias en riesgo o que ameriten esta intervención.
4. Manejo de urgencias en Atención Primaria.

5. Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de salud pública.
6. Participar activamente brindando información necesaria a la población y educación para la salud del individuo, la familia y la comunidad a través de la promoción de salud y prevención de la enfermedad.
7. Aplicar el método científico para el diagnóstico y abordaje de los problemas de salud del individuo, su familia y comunidad.
8. Desarrollar un modelo de Atención Primaria orientada a la comunidad (APOC).

Pilares de la medicina familiar

- **Continuidad:** Los especialistas en MF brindan cuidado al individuo y sus familias a lo largo de su vida, comprometiéndose con
- **Coordinación del cuidado:** El especialista en MF funciona como el orquestador del cuidado al paciente, el cual identifica las
- **Orientación a la familia:** Los especialistas en MF trabajan con familias como grupo social en el que el proceso salud-
- **Integralidad:** La persona es vista desde una perspectiva biopsicosocial, en el contexto de su familia y comunidad.
- **Comunidad:** Los especialistas en MF ejecutan diagnósticos comunitarios en el marco de la Atención Primaria.
- **Prevención:** de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad, adicionalmente, retarda o evita las complicaciones de las enfermedades y promueve estilos de vida saludables.

En cuba

Para Latinoamérica, el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la Medicina Familiar es Cuba, donde el modelo cubano ha sido largamente comentado por sus múltiples logros, organización y resolutivez, con una inversión tan 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, por lo que surge el Servicio Médico Rural, según la Ley No. 723 del año 1960. En el mes de agosto de 1961, 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, 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 - 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 trajo 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.

Los cambios experimentados en el nivel de salud de la población modificaron el cuadro epidemiológico, 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 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 cual descansó en un principio en el trabajo especializado de cuatro profesionales de la salud: medicina interna, pediatría, ginecobstetricia y estomatología. El modelo se caracterizó por ser: integral, continuo, dispensarizado, multidisciplinario y comunitario, Herrera, R. (2014).

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 resolutiveidad 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 programa que comienza a desarrollarse en Cuba podía considerarse como un “perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud” Barruto CR. (1998, p. 38).

Esta iniciativa, 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. 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, Ginecobstetricia, 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.

Según el Dr. Sansó 2003, existen tres factores que han influido negativamente en el adecuado desarrollo de este programa hoy día:

1. La crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud. El país se vio limitado en la disponibilidad de recursos para completar la construcción de los consultorios inicialmente proyectados pero no se paralizó la formación de Médicos y Enfermeras de la Familia, que ya estaban en las aulas. Respondiendo a la política de la Revolución de que no puede haber en nuestro país un médico desempleado, se adaptaron de manera emergente miles de locales para dar consultas, y muchos médicos iniciaron su vida laboral en locales no idóneos o compartiendo su espacio con uno o más médicos, los que asistieron al progresivo deterioro en la aplicación del método clínico. La disponibilidad de medicamentos se redujo a la mitad de los que debían circular y simultáneamente se incrementó el número de prescriptores. La crisis material ha conducido a que el propio personal de salud desnaturalice en una u otra medida su misión.

2. La replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio. En los primeros cinco años, las buenas ideas se multiplicaron por todo el país, la prioridad política y los recursos se mantuvieron. Pero el factor humano no estuvo al mismo nivel. Muchos graduados de entonces no habían siquiera considerado ser médicos de familia. En el caso de los profesores ocurrió algo similar. Hubo docentes del nivel secundario que debieron desplazarse a trabajar al nivel primario. En los hospitales no siempre seleccionaron a los mejores, ni se capacitó a los elegidos para asumir la conducción del novedoso modelo y ello limitó el nivel y la calidad en la formación de los futuros especialistas. El acceso al puesto de Jefe del Grupo Básico de Trabajo (GBT) nunca ha sido por oposición. Durante muchos años estuvo detenido el proceso de categorización docente. Sin dudas todos estos factores influyeron negativamente en un momento tan decisivo como fue el inicio del proyecto, en el cual aún no se habían consolidado paradigmas.

3. La falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios. La llegada masiva de médicos de familia debió suponer una "crisis por incremento" para el sistema, pero los roles no se redistribuyeron bien entre sus componentes. Los cuadros no se prepararon adecuadamente para estos nuevos conceptos. No se apreció la aplicación del concepto de regionalización de Escalona y numerosos conflictos se derivaron de esta situación, que afectaron

el principio de la atención continuada a los pacientes. Se ha querido responsabilizar al médico y a la enfermera con la inasistencia voluntaria por parte de pacientes. dicen que no existen metas a ese nivel para evaluar los programas nacionales y por otro emulan entre los municipios y provincias considerando los números del cumplimiento de esas metas.

Conclusiones

La Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria. La mejora del sistema sanitario requiere un cambio del paradigma biomédico al biopsicosocial, debería estar organizado de tal manera que cumpla con los pilares de la Medicina Familiar: Continuidad, Integralidad, Coordinación del cuidado, Comunidad, Orientación a la familia y Prevención. La mejora de la salud de las personas será posible si todos los actores involucrados políticos, gestores y trabajadores sanitarios contribuyen a su implementación. A pesar de los factores que han incidido de forma negativa el programa del Médico de la Familia en Cuba exhibe resultados satisfactorios se debe continuar trabajando en la mejora de estos problemas.

Referencias Bibliográficas

- Abril, Collado R. O. (2013). (Médico Residente de 2do. año Medicina Familiar y Comunitaria - UPOCH).1-4 An introduction to family medicine. Acta Med Per 30 (1)
- Barruto CR. (1998). Atención Primaria de Salud: Medicina Familiar y Educación Médica. Cochabamba: Universidad San Andrés;
- Castro Ruz F. (1998). Discurso en la Clausura de la Cumbre de Ministros de Salud del Movimiento de Países No Alineados. Palacio de las Convenciones, junio 26, 1998. Periódico Granma Jun 30: 3-5.
- Ceitlin J. (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. Aten Primaria; 38(9): 511-14.
- Díaz Novás J, Salado Monteagudo C. (1989). Morbilidad general en un consultorio del Médico de la Familia. Estudio de un año. Rev Cubana Med Gen Integr;5 (3):351-61.
- Herrera Alcázar Violeta Regla et al. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. Revista Cubana de Medicina General Integral; 30 (3):364-374
- Irigoyen-Coria A, Morales López E, Hamui Sutton A, Ponce Rosas R. (2006). La Medicina familiar en Iberoamérica: Una reflexión histórica. Bol. Mex. His. Med [citado 6 May 2014];9(2):48-51. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2006/hf062b.pdf>
- Lemus ER, Borroto ER, Aneiros-Riba R. (1998). Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Biblioteca de Medicina.

Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria (2006). 2da.Ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

Sansó Soberats FJ. (2003). Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Púb; 29 (3): p.260-67.

Suarez Bustamante, Miguel Ángel. (2008). La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. Rev. perú. med. exp. Salud pública, jul./set., vol.25, no.3, p.309-315.

Síntesis Curricular de los Autores

Dr. Rubén Carlos Mayo Márquez. Médico General Integral, Especialista 2do grado, profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Cuba. Ha participado en varios eventos a nivel Nacional e Internacional, lo cual le ha permitido realizar varias publicaciones en diversas revistas de alto impacto, se ha desempeñado como cuadro al frente de la actividad docente de la formación de futuro médicos en los países de Venezuela y Guatemala, así como Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. Actualmente se desempeña como docente de la carrera de Medicina en el Instituto Superior Técnico Militar (ISTM) Luanda, Republica de Angola.

Mael Lisandra Batista Estévez. Estudiante del cuarto año de la carrera de Medicina. Participa de manera activa en varios eventos científicos que le permiten socializar su quehacer desde el punto de vista investigativo.

Rubén Mayo López. Estudiante del primer año de Medicina. Participa en diferentes eventos como resultado de su quehacer investigativo.