

Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad

Analysis of the Cuban Health System and the Model of Community-Oriented Primary Care

José Luis Di Fabio^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1187-7110>

Rosa Gofin² <https://orcid.org/0000-0001-6320-1596>

Jaime Gofin² <https://orcid.org/0000-0001-8527-4593>

¹Consultor Internacional. Washington, DC, EE UU.

²School of Public Health and Community Medicine of the Hadassah Medical Organization and the Hebrew University of Jerusalem. Jerusalén, Israel.

*Autor para la correspondencia: difabioj@gmail.com

RESUMEN

La integración del cuidado de la salud individual con el de la población a través de la salud pública se ha podido llevar a cabo de forma efectiva a partir del modelo de la atención primaria orientada a la comunidad. En Cuba, la atención primaria es la base del sistema nacional de salud, con acceso universal y cuidado de los individuos, sus familias y la comunidad. El sistema nacional de salud y la atención primaria orientada a la comunidad contribuyen a la mejora de la salud y a la disminución de desigualdades en salud e iniquidades en la provisión de servicios. Este artículo presenta su descripción y análisis.

Palabras clave: sistema nacional de salud; Cuba; atención primaria orientada a la comunidad; accesibilidad universal; desigualdades; iniquidades.

ABSTRACT

Individual healthcare integrated with population healthcare through public health has been effective and possible through the model of community-oriented primary care. In Cuba, primary healthcare is the supporting structure of the national health system, including universal coverage and the care for individuals, their families, and the community. The national health system and community-oriented primary care contribute with health improvement and the decrease in health inequalities and in inequities of provided care. This article presents their comprehensive description and analysis.

Keywords: national health system; Cuba; community-oriented primary care; universal accessibility; inequalities; inequities.

Recibido: 11/09/2019

Aceptado: 15/10/2019

Introducción

En el año 2018 la atención primaria (AP) fue redefinida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un enfoque de salud de toda la sociedad que apunta a asegurar el más alto nivel y una distribución igualitaria de salud y bienestar dirigido a las necesidades de individuos y comunidades, a través del *continuum* desde la promoción al tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.⁽¹⁾

La salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de individuos y grupos en una comunidad definida, que, a su vez, está determinada por la interacción de las características personales, familiares, del entorno social, cultural y físico, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y de globalización. Los valores intrínsecos en esta definición son los de inclusión social, equidad, derechos humanos y justicia social.⁽²⁾ Es así que la salud tanto individual como comunitaria está determinada por una serie de factores de los cuales el servicio de salud es uno de ellos. Estos servicios contribuyen, en un cierto porcentaje no mayoritario, al estado de salud cuando se tienen en cuenta otros

determinantes como conductas saludables, genética y biología, los factores sociales y del ambiente.⁽³⁾

La AP es el primer contacto de los individuos con los servicios de salud y en su evolución ha transitado de ser plenamente curativa, basada en la demanda, a incluir entre sus funciones la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación. Significa que la AP transitó de una atención enmarcada en la enfermedad a una atención centrada en la persona. A pesar de que estos cambios no ocurrieron de forma homogénea a nivel global, se evidencia un progreso adicional de la AP a partir de su integración con la salud pública (SP), o sea, redimensiona sus acciones desde lo individual a lo poblacional.⁽⁴⁾ De esta manera, se aborda la salud a través de un cuidado integral que considera la salud de los individuos y la de la comunidad a partir de sus determinantes. Uno de los modelos que ejecuta de forma efectiva esta integración es la atención primaria orientada a la comunidad (APOC).⁽⁵⁾

En la Región de las Américas varios países han implementado políticas y programas enfocados en la atención primaria de salud (APS). Cuba se encuentra dentro de este grupo con un sistema nacional de salud (SNS) de acceso universal, centrado en los individuos, sus familias y la comunidad y responde a las necesidades de salud y sus determinantes.⁽⁶⁾ Lo que denota que las características del SNS y la APOC tienen un valor intrínseco que merita su estudio y divulgación.

El propósito de este artículo es presentar de manera conjunta una descripción y análisis del modelo cubano de atención, su organización y capacitación junto a la del modelo APOC, e intenta mostrar sus similitudes y diferencias. Esto permitirá ver la factibilidad de adoptar y adaptar elementos de ambos modelos en la construcción de sistemas de salud basados en la APS, a la vez que se demuestra que el sistema de salud cubano ya tiene incluido en su política asistencial principios de la atención primaria orientada a la comunidad y su aplicación.

Modelo de atención de salud de Cuba

Después del triunfo de la Revolución en 1959, el SNS cubano se ha caracterizado por principios que incluyen: “el carácter estatal y social de la medicina, accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación preventiva, aplicación de los adelantos de la ciencia y la técnica,

participación de la comunidad e intersectorialidad, centralización normativa y descentralización ejecutiva y la colaboración internacional”.⁽⁷⁾

Para lograr un sistema de atención de salud universal basado en estos principios fue necesario extender los servicios de salud a las áreas rurales, desarrollar una red de APS a nivel nacional y capacitar rápidamente suficientes médicos y trabajadores de la salud.⁽⁸⁾ Se creó un sistema de policlínicos “integrales” basados en la comunidad, que brindaban AP, servicios especializados, exámenes de laboratorio, promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de discapacitados. En sus inicios cada policlínico atendía a una población de 45 000 personas, que en la década del setenta se redujo a 30 000 y 25 000 personas.

De esta manera la APS se transformó en el objetivo principal del SNS y para ello se reformó el plan de estudios de medicina con el interés de graduar un médico general capaz de asumir la AP de la población. En 1984 se lanzó el Programa del médico y enfermera de la familia (MEF)⁽⁹⁾ para mejorar el estado de salud de la población con acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta las características inherentes de la APS. Dentro de sus objetivos específicos se destacan: promover acciones para la participación comunitaria, la intersectorialidad y la integración social de individuos, familia y comunidad; prevención de riesgos y enfermedades en la población; llevar a cabo acciones integrales especialmente a nivel escolar y ocupacional; garantizar el diagnóstico precoz y la atención dispensarizada a través de los métodos clínicos, epidemiológicos y sociales; desarrollar la rehabilitación en la comunidad a los que están en riesgo de discapacidad o ya discapacitados; contribuir a la formación de trabajadores de la salud sobre la base de conceptos éticos y humanistas conjuntamente con una alta preparación científica; desarrollar investigaciones a partir de los problemas de salud de la comunidad.

Se estableció una red nacional de clínicas de medicina familiar en el vecindario-consultorios, con un médico y una enfermera, los que abarcaban de 120 a 150 familias (alrededor de 500 a 800 personas). Los policlínicos y los hospitales rurales agregaron a sus funciones la atención de 20 a 40 consultorios, proporcionando referencias a especialistas, servicios de laboratorio y de diagnóstico y apoyo para su organización. Los procesos de actualización y

transformaciones del sistema de salud han ido cambiando con el tiempo, así como el número de personas atendidas por cada consultorio.^(7,10)

Entre 15 y 20 consultorios componen un Grupo Básico de Trabajo (GBT), que además del médico y la enfermera de la familia, participan especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, un psicólogo, un estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología. Los GBT constituyen la instancia de coordinación del consultorio con el policlínico, retroalimentando a los MEF y suministrando los servicios de complementación a la asistencia médica e interconsultas con especialidades médicas y quirúrgicas.⁽¹¹⁾

A su vez, los policlínicos fueron incorporando tecnología médica (equipos de ultrasonido, endoscopía y de optometría) lo que permitió mejorar la calidad en la atención primaria y puso a disposición de la población local tecnologías a las que solo podría acceder en el segundo nivel de atención.

Una actividad clave del médico y enfermera de familia y del GBT es la dispensarización de su población asignada. Este proceso consiste en el diagnóstico del estado de salud de todas las personas en una comunidad determinada y su registro de acuerdo a grupos dispensariales (sanos, con riesgo, enfermos y discapacitados) para luego definir y planificar las intervenciones y seguimientos correspondientes para mejorar su estado de salud,⁽¹²⁾ con un enfoque multidisciplinario, participación comunitaria e intersectorialidad.^(11,13)

Esta atención se dirige a las personas, a la familia y a la comunidad en los ámbitos de su vida diaria y está considerada como integral en la gestión de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades como son: saneamiento, inmunizaciones, control de enfermedades crónicas⁽⁹⁾ y el control y lucha antivectorial.⁽¹⁴⁾ Estas acciones intersectoriales han contribuido a que Cuba alcance indicadores de salud relevantes a nivel mundial.⁽¹⁵⁾

La isla tiene alrededor de 10 869 consultorios, 449 policlínicos y 785 GBT. La asistencia médica se complementa con la red de hospitales, institutos de investigación, servicios estomatológicos, hogares maternos, hogares de ancianos y casas de abuelos. Hay más de 30 mil médicos de la familia que trabajan en estos consultorios, policlínicos y hospitales rurales⁽¹⁶⁾ cubriendo el 100 % de la población desde el año 2000.⁽⁹⁾

El SNS ha desarrollado desde el año 2010, a pesar de los cambios sociodemográficos y las realidades económicas, un proceso de perfeccionamiento y transformaciones necesarias para proveer servicios según las características de las áreas de salud, con el fin de aumentar su eficiencia y sostenibilidad.⁽¹⁰⁾ Las transformaciones se caracterizan por tres elementos principales: la reorganización, la compactación y la regionalización de los servicios de salud. Estas transformaciones deberán estar apoyadas por un fortalecimiento de los sistemas de información que vayan midiendo el impacto alcanzado y sean capaces de dar alerta en caso de que no se logren las metas establecidas.

Atención primaria orientada a la comunidad (APOC)

En las décadas de los años 1940 y 1950 se desarrolló una experiencia pionera de servicios de salud en Pholela, un área rural de Kwazulu-Natal en Sudáfrica basada en lo que entonces se denominaba “Practica de medicina social”.⁽¹⁷⁾ Dos médicos de familia, Sidney y Emily Kark, desarrollaron la prestación de servicios de salud integrando la atención clínica individual con la atención a la comunidad. Sus autores no solo tuvieron en cuenta el cuidado del paciente y la promoción de la salud de las personas, también ejecutaron programas que permitieron mejorar el estado de salud de la población en su totalidad, a la vez que contribuyeron al desarrollo de la comunidad. Esta forma innovadora de prestación de servicios ha sido identificada como precursora de la Declaración de Alma Ata por reconocidos profesionales de la salud en prestigiosas revistas internacionales.^(18,19,20)

En 1974, Kark describió la medicina comunitaria y la APS como una “práctica unificada”⁽²¹⁾ que luego denominó *Community Oriented Primary Care* (COPC),⁽²²⁾ que se conoce en la literatura iberoamericana como atención primaria orientada a la comunidad.⁽²³⁾ A diferencia de los sistemas de AP, que suelen ser fragmentarios y que responden solo a la demanda, predominantemente curativa, la APOC es una práctica integral curativa y preventiva de atención a individuos enfermos, de riesgo, saludables y a la comunidad como un todo. Esta práctica se basa en una apreciación epidemiológica de las necesidades de salud de la población en la prestación de atención por parte de un equipo multidisciplinario que provee los servicios a una comunidad definida. Asimismo, se basa en la integración planificada de

AP y SP, en la participación progresiva de la comunidad y en la coordinación con todos los sectores de servicios que la atienden.⁽²⁾

APOC se distingue de otros servicios de AP por su marco conceptual. Esto ha sido identificado en una revisión sistemática de 114 artículos llevado a cabo por el *Canada Health Services Research Foundation* sobre el tema “Colaboración entre Atención Primaria de la Salud y Salud Pública”. Los autores concluyeron que “la mayoría de los artículos no identificaron un marco teórico con la excepción notable de APOC [...]”.⁽²⁴⁾ De esa manera la integración del marco conceptual y la metodología de APOC facilitan y promueven el desarrollo comunitario⁽²⁵⁾ lo que contribuye al logro de la cobertura sanitaria universal, uno de los elementos básicos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).⁽²⁶⁾

El modelo ha mostrado efectividad en el mejoramiento de la salud y en la organización de los servicios en diversos sistemas de salud, y ha obtenido resultados positivos en respuesta a las necesidades de salud de la población. Los programas de intervención revelan una disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas, cambios positivos de factores de comportamiento, promoción de crecimiento y desarrollo, disminución de hospitalizaciones, mejora del trabajo en equipo de salud y disminución de inequidades en la población.⁽²⁾

Se debe resaltar la experiencia que tiene España en la aplicación del modelo APOC, el que se realiza en numerosos servicios de AP, unido a la ejecución de programas para la capacitación de los profesionales de este primer nivel de atención.⁽²⁷⁾ Las autoridades del Sistema de Salud de Catalunya planifican un proyecto a nivel de la región en el que el eje principal es APOC integrada a servicios de salud pública. Esta opción está apoyada por las Áreas Básicas de Salud a nivel territorial y el predominio de médicos de familia en los servicios de atención primaria.⁽²⁸⁾

Principios y proceso de APOC

La atención primaria orientada a la comunidad se basa en:

- el servicio de salud que provee atención a toda una población definida (geográficamente, miembros de un seguro de salud, escuela u otros);

- la atención basada en las necesidades de salud identificadas a nivel poblacional;
- un proceso de priorización de los problemas de salud de la comunidad por el servicio de salud y la propia comunidad;
- intervenciones a nivel individual y comunitario que cubren todas las etapas de la secuencia salud-enfermedad desde la condición de salud priorizada;
- participación de la comunidad.⁽²⁾

Los cuatro primeros principios requieren la aceptación e implementación del equipo de atención primaria (EAP), mientras que la participación de la comunidad queda a su decisión. En este sentido, la forma y el grado de implicación de la comunidad en el proceso APOC dependerá de las características culturales y sociales de la población y de las características organizativas y motivacionales del equipo de salud. El EAP debe considerar que esta participación es fundamental, por lo que debe promoverla y ajustarla a las características específicas de la comunidad, enfatizando que en APOC se trabaja “con” la comunidad y no solo “en” la comunidad.

El EAP está formado por médicos y enfermeras como equipo nuclear, con la colaboración de otros trabajadores de la salud de acuerdo a las necesidades y los recursos disponibles. Por ejemplo, promotores de salud, especialistas en salud mental y del comportamiento, trabajadores sociales dentro del servicio o a través de otros sectores de la comunidad, con el apoyo de epidemiólogos y estadísticos para abordar el aspecto poblacional de la práctica.

Para desarrollar la atención primaria orientada a la comunidad se requiere:

- definir y caracterizar la comunidad atendida por el servicio de salud respecto a los problemas de salud y sus determinantes, recursos y activos,
- a partir de lo anterior, seleccionar un problema de salud prioritario en cuanto a su frecuencia, severidad, recursos existentes, costos y otras características relevantes para el servicio y la comunidad,
- estudiar a nivel poblacional el problema de salud elegido, para determinar la línea base con respecto al estado de salud y sus determinantes y que permita posteriormente la evaluación de los cambios ,

- planificar y ejecutar la intervención,
- evaluar los procesos y resultados del programa y
- reexaminar el programa de intervención para analizar si es necesario continuarlo, estudiar su sostenibilidad y si se debe seleccionar una nueva condición de salud prioritaria para ser programada (Fig. 1).



Fig. 1 - El proceso de APOC.⁽²⁾

La atención primaria orientada a la comunidad ha sido aplicada en varios países del mundo en poblaciones rurales y urbanas, entre refugiados y otros tipos de poblaciones,⁽²⁾ en general a nivel local o regional. Un ejemplo de ello es el modelo aplicado en Catalunya, que fue iniciado en la base por los médicos de familia y la comunidad y luego lo adoptó el gobierno regional como política de salud.⁽²⁸⁾

El modelo cubano y la APOC

Si se tiene en cuenta que uno de los requisitos esenciales para desarrollar la APOC es el acceso universal a los servicios de salud y esta es la base de los servicios de salud cubanos,

es factible entonces realizar un análisis desde su organización y práctica en relación a la atención primaria orientada a la comunidad.

Provisión de servicios de salud a una población definida

Como parte de la organización del sistema de salud cubano se presta la atención primaria en los consultorios del médico de la familia y en los policlínicos, los que ofrecen servicios de salud a la población de un área geográfica. Esta atención focalizada facilita el trabajo de los equipos de salud y beneficia a los habitantes que reciben la atención desde su lugar de residencia. Esto provee también la definición del denominador para medir tasas de las condiciones de salud y luego para la evaluación de los programas.

En los orígenes de la APOC, en Pholela, la definición geográfica fue un aspecto esencial, como así también ocurrió en el desarrollo de APOC en la zona urbana de Jerusalén.⁽²⁾ Unido a los cambios de los sistemas de salud de cada país, en correspondencia a su realidad, han surgido diversas definiciones de población. De esta manera, por ejemplo, los miembros de un seguro de salud se consideran una población en la que se ofrece atención primaria orientada a la comunidad. A su vez, también se puede aplicar este tipo de atención primaria en escuelas, centros de trabajo, grupos de refugiados, los que se considerarían como poblaciones definidas porque tienen características comunes o una base geográfica común.⁽²⁹⁾

Caracterización de la población servida, diagnóstico de salud comunitaria y procesos de priorización

En Cuba, la dispensarización es la fuente para la obtención de datos de salud de la población, manejado por el médico de familia y consolidado en el área de salud. Esto permite hacer el seguimiento al individuo, a su familia y a la comunidad. A nivel de los GBT se realizan los análisis de la situación de salud donde se identifican los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual y se explican los daños y problemas de salud de la población. En este análisis se incluyen los componentes socio-históricos, culturales y socio-demográficos de la población, la que participa en la definición de prioridades y en la creación de estrategias para la solución de problemas identificados.

La APOC se caracteriza por integrar los datos que existen de la población con encuestas específicas sobre la salud. Esto se debe a que los datos pueden estar desactualizados, no tener una misma definición o no entrar en los límites geográficos establecidos. De ahí que se requiera su integración para poder identificar los determinantes de salud y las necesidades de salud de la población. El proceso de priorización es necesario para desarrollar los programas relevantes para la población diana y para asegurar un uso eficiente de los recursos humanos, sociales y económicos. En la APOC se involucran los profesionales de la salud y la población y se tienen en cuenta los problemas de salud identificados por ambos sectores de acuerdo a un proceso sistemático en el que se analiza la frecuencia, severidad, recursos existentes y otras características determinadas por los participantes en el proceso.

Programas de salud comunitaria

Los programas de salud comunitaria están integrados al servicio de salud y lo desarrollan el equipo de salud local en cooperación con otros sectores y la comunidad. Por lo que se realizan en adición a la demanda diaria de consulta, de manera que la atención se amplifica del cuidado individual a el cuidado de la comunidad.

En Cuba varias acciones de salud se realizan a nivel de la comunidad de conjunto con los actores ministeriales a través de las organizaciones de masas como las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) o los Comités de Defensa de la Revolución (CDR). La comunidad participa activamente en la realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación y promoción de salud entre otras.⁽¹²⁾

En la APOC los programas de salud se dirigen a toda la población, es decir a personas sanas, en riesgo y aquellos que padecen la enfermedad. Se hacen a través de actividades que cubren la historia natural de la enfermedad: prevención, promoción de salud, actividades sistemáticas para las personas en riesgo y tratamiento y rehabilitación de los enfermos. De esta manera es posible actuar no solo sobre la enfermedad, también se puede trabajar sobre sus determinantes identificados a nivel de la población diana. El éxito de estos programas es analizado a través de la vigilancia de salud y la evaluación de los procesos del programa y los cambios logrados en el estado de salud. Estas tareas permiten identificar actividades que

necesitan ser modificadas o discontinuadas, así como si se han logrado los objetivos establecidos por el programa.

Capacitación

Los integrantes del equipo de salud además de estar preparados en el cuidado clínico individual deben ser entrenados en SP, ya que es fundamental para poder entender y atender las necesidades poblacionales. Durante los estudios de enfermería y medicina, la SP puede formar parte del plan de estudios, pero no siempre es valorada en su alcance y profundidad por los estudiantes o por los docentes. El conocimiento y las habilidades necesarias que determinarán las competencias del profesional de salud para ejercer medicina comunitaria pueden adquirirse a través de la práctica en el terreno. La presencia de expertos en salud pública, epidemiología, estadística y en ciencias del comportamiento a nivel central o regional son el soporte de los equipos en la AP y, a su vez, pueden apoyar su capacitación. La educación médica en Cuba se ha ido alineando a las reformas realizadas a su sistema de salud.^(30,31,32) Un cambio importante ocurrió en el año 1976, cuando la formación de los recursos humanos en salud fue transferida de los Ministerios de Educación y de Educación Superior al Ministerio de Salud Pública (Minsap). Esta decisión facultó al Minsap a planificar y prever las necesidades de personal sanitario teniendo en cuenta las necesidades de recursos humanos, los cambios demográficos y del propio SNS, sin descuidar el índice de eficiencia para cada una de las carreras.⁽³³⁾ En el año 2004, el Minsap identificó que era menester formar más médicos en la AP para Cuba y para apoyar a la cooperación médica internacional. Lo que determinó que la formación se hiciera en un entorno de APS, en los policlínicos acreditados para estos propósitos y en los consultorios del médico y la enfermera de la familia.⁽³⁴⁾

La capacitación en APOC se realiza en facultades de medicina y escuelas de salud pública y a través de cursos virtuales.⁽³⁵⁾ Los profesionales que ya están ejerciendo la APOC reciben educación continua en sus lugares de práctica y de esta manera actualizan sus conocimientos en los aspectos clínicos, en los relacionados con la salud poblacional y en las ciencias del comportamiento. El ejemplo de Catalunya atestigua el valor que tienen los talleres en la

APOC para médicos de familia y otros profesionales de la salud, al convertirse en el motor impulsor del desarrollo de esta práctica en la región.⁽²⁸⁾

Consideraciones finales

El servicio de salud con accesibilidad universal, ya sea por su localización en la misma comunidad o por la inexistencia de barreras económicas o de otro tipo, es la base de un servicio que apunta a la disminución de las desigualdades en salud y las inequidades en la prestación de servicios. El cuidado centrado en la persona y no en la enfermedad es fundamental para la atención de la salud, además, cuando este incluye la salud de la comunidad significa que se ha dado un paso lógico para alcanzar el desarrollo de la atención primaria.

Se puede plantear que el servicio de salud cubano ya tiene incluido elementos del marco conceptual de la APOC, debido a sus características y a su enfoque en la prestación de los servicios de la atención primaria. Lo que constituye una adaptación de las prácticas de este modelo de atención primaria a la realidad política y al servicio de salud cubanos.

Si bien el sistema cubano de cobertura universal y las características políticas del país no tienen paralelos en otros países, su modelo de aplicación de la APOC puede ser una práctica que contribuya a la mejora de la salud de la comunidad, a la disminución de desigualdades e inequidades en salud durante la provisión de servicios.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization, The United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO: UNICEF; 2018 [acceso 12/08/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
2. Gofin J, Gofin R, Salud Comunitaria Global-Principios, métodos y programas en el mundo. Madrid: Elsevier MASSON; 2012.

3. Wilkinson R, Marmot M, editors. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Denmark: World Health Organization Europe; 2003. [acceso 12/08/2019]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
4. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: World Health Organization; 2018. [acceso 12/08/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/public-health.pdf>
5. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panam Salud Pública. 2007 [acceso 12/08/2019];21(2-3):177-84. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9333/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Etienne CF. Cuba hacia la Salud Universal. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acceso 12/08/2019];42:e64. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>
7. Rojas Ochoa F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010. Rev Cub Sal Públ. 2015 [acceso 12/08/2019];41:(Supl 1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003
8. Keck CW, Reed, GA. The curious case of Cuba. Am J Public Health. 2012 [acceso 12/08/2019];102:e13-e22. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2012.300822>
9. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, Guerrero Chacón SE, Pérez Charbonier C. El programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública; 2018 [acceso 12/08/2019];42:e31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386125/>
10. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega NC, Druyet Castillo D, *et al.* Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública; 2018 [acceso 12/08/2019];42:e25. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34899>

11. Domínguez Alonso E, Zacca Peña E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública Mex. 2011 [acceso 12/08/2019];53(supl 2):S168-S176. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
12. Batista Moliner R, Sansó Soberats FJ, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [acceso 12/08/2019];17(2):109-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200001
13. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA. La intersectorialidad y el desarrollo de la salud pública en Cuba. Rev Cub Sal Públ. 2009 [acceso 12/08/2019];35(1):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004
14. Sánchez L, Pérez D, Alfonso L, Castro M, Sánchez LM, Van der Stuyft P, *et al.* Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2008 [acceso 12/08/2019];24(1):61-9. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9961/v24n1a08.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, *et al.* Atención a la salud materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública. 2018 [acceso 12/08/2019];42:e27. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>
16. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Minsap; 2019. [acceso 12/08/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019.pdf>
17. Kark SL, Steuart GW, editors. A Practice of Social Medicine, Edinburg, Scotland: Livingstone; 1962.
18. Geiger HJ. Community Oriented Primary Care: The legacy of Sidney Kark. Amer J Public Health. 1993 [acceso 12/08/2019];83(7):946-7. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.83.7.946>

19. Susser M. Pioneering community-oriented primary care. Bull World Health Org. 1999 [acceso 12/08/2019];77(5):436-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557679/pdf/10361769.pdf>
20. Litsios S. The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health care approach, Am J Public Health. 2004 [acceso 12/08/2019];94(11):1884-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448555/pdf/0941884.pdf>
21. Kark SL. Epidemiology and Community Medicine. New York. NY:Appleton-Century-Crofts;1974.
22. Kark SL. The practice of Community-Oriented Primary Health Care. New York. NY: Appleton-Century-Crofts; 1981.
23. Foz Gil G, Montaner Gomis I, Gofin J. Perspectiva comunitaria. En: Martin Zurro A, Cano Perez JF, Gené Badia J, editors. Atención Primaria: Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Parte III, p. 198-223. 8th ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
24. Martin-Misener R, Valaitis R; Canadian Health Services Research Foundation. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health: a report. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2008. [acceso 12/08/2019]. Disponible en: https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4514&cf_id=68
25. Geiger JH. Community-oriented primary care: a path to community development. Am J Public Health. 2002 [acceso 12/08/2019];92(11):1713-16. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.11.1713>
26. Organización Mundial de la Salud. La salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Resolución WHA69.11 (2016). Ginebra: WHO; 2016. [acceso 12/08/2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf
27. Gofin J, Foz G, Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. Fam Med. 2008 [acceso 12/08/2019];40(3):196-202. Disponible en:

<https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2008/March/Jaim e196.pdf>

28. de Peray Baiges JL, (Coordinador) Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària Edita: Secretaria de Salut Pública (SSP) Direcció General de Planificació en Salut (DGPS) Servei Català de la Salut (CatSalut) 1ª edición: Barcelona, Setembre de 2017. [acceso 12/08/2019]. Disponible en:

http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/salut_comunitaria/links_sueltos_relacionats/Estrategia-Transversal-Salut-Comunitaria.pdf

29. Valderrama C. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC) y participación de los refugiados en una crisis humanitaria: la experiencia de CHAD Estudio de caso 2. En: Gofin J, Gofin R. Salud Comunitaria Global-Principios, métodos y programas en el mundo. Madrid: Elsevier MASSON; 2012.

30. Álvarez Sintés R, Barcos Pina I. Formación y perfeccionamiento de recursos humanos en el sistema de salud cubano para cobertura sanitaria universal. Rev Cub Sal Públ. 2015 [acceso 12/08/2019];41(Suppl 1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500005

31. Cole C, Di Fabio JL, Squires N, Chalkidou K, Ebrahim S. Cuban medical education: 1959 To 2017. J Medic Educ Training. 2018 [acceso 12/08/2019];2:033. Disponible en: <http://www.scientificajournals.org/pdf/jmet.1033.pdf>

32. Pernas M, Arencibia LG, Garí M. Changes needed in basic biomedical sciences teaching in Cuban medical schools. MEDICC Review 2012 [acceso 12/08/2019];14(3):41-4. Disponible en: http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/04/mr_265.pdf

33. Vela Valdés J. La formación masiva de médicos como factor clave en la cobertura sanitaria universal en Cuba. Rev Cub Sal Públ. 2015 [acceso 12/08/2019];41:(Suppl 1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500004

34. Morales Suárez IR, Fernández Sacasas JA, Durán García F. Cuban medical education: aiming for the six-star doctor. MEDICC Review. 2008 [acceso 12/08/2019];10(4):5-9. Disponible en: http://mediccreview.org/wp-content/uploads/2018/02/mr_3.pdf

35. Gofin J, Gofin R, Stimpson J. Community –Oriented Primary Care (COPC) and the Affordable Care Act: an opportunity to meet the demands of an evolving health system. J Primary Care & Comm Med. 2015 [acceso 12/08/2019];6(2):128-33. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150131914555908>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

José Luis Di Fabio, Rosa Gofin y Jaime Gofin diseñaron el contenido del artículo y contribuyeron a la búsqueda y revisión de la literatura y a su redacción.

Copyright of Revista Cubana de Salud Pública is the property of Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.