

Dr. Luis Curra de la O

La buena atención comienza por el médico de familia

El 11 de julio, el doctor cubano Luis Curra de la O brindó una conferencia en el salón de actos del SMU. Lo central de su exposición estribó en las ventajas de una buena atención primaria.

POR ISABEL FERNÁNDEZ

Ya hace varios años que Cuba, con sus 66 mil camas distribuidas en 283 hospitales, es referencia mundial en lo que a salud respecta.

Unos 350 mil trabajadores son los encargados del cuidado de la salud de 11 millones de usuarios y, de 65 mil médicos, casi 30 mil se dedican a la atención primaria. Son los llamados médicos de familia.

El 11 de julio, el doctor Luis Curra de la O, director de Salud Pública del municipio Centro Habana, dio una conferencia para sus colegas uruguayos. Comenzó aclarando que *“cuando se habla de atención primaria en otro país no es lo mismo que en Cuba, porque tenemos un sistema único de salud que conlleva a actividades que en otros países no se hacen y hay una estructura estratégica que obedece a la voluntad política de los dirigentes de nuestra revolución”*.

Según dijo el profesional, el presupuesto destinado a salud hasta el año 1959, era de 20 millones, cifra que el gobierno revolucionario se encargó de aumentar y reforzar, *“llegando el año ‘99 a invertir 1.473 millones de pesos, sin incluir los gastos en divisas”*.

Cuba tiene una población envejecida. Esto se debe a que su tasa de crecimiento es de 0,5%, incrementándose el porcentaje de quienes superan los 60 años, llegando hoy a 12,9%, y proyectándose un 17% para el 2010.

Para Curra de la O, antes del triunfo de la revolución, la mortalidad era un gran problema, particularmente la infantil, que mostraba cifras dramáticas, acentuada por la falta de cobertura sanitaria, *“sólo veía médico quien podía pagarlo porque a nivel público la atención era deprimente. Cerramos el año ‘99 con una tasa de mortalidad infantil de 6,4 por mil y ese logro heroico no sólo obedece a la cobertura, a la prioridad que tienen la mujer y el niño, sino también a la voluntad política”*. El doctor Curra de la O considera necesario poner especial énfasis en las estadísticas porque *“se modifican sustancialmente a punto de partida*

de la introducción del médico de familia, que se ha convertido en una barrera de choque muy fuerte”.

La Salud Pública en su nueva concepción

Cuando en 1990 cae el campo socialista, que le daba un gran apoyo a la salud en Cuba, decrecieron los recursos monetarios y disminuyó el potencial de trabajo, tanto en recursos materiales como humanos, *“no obstante se buscó una orientación para resolver este problema a pesar de no tener ningún tipo de recursos económicos”*.

Como consecuencia se le dio vital importancia a la atención primaria, porque una labor de promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento oportuno da la posibilidad de mantener y mejorar la calidad de la atención médica: *“El MSP en su forma de trabajo tiene cuatro programas prioritarios, que para el médico de familia son sus pilares: materno infantil, control de enfermedades transmisibles, otro similar pero de enfermedades no transmisibles y uno de atención al adulto mayor”*.

Se instauró un programa de medicina natural y tradicional que dio –y da– muy buenos resultados. Comenzaron trabajando con la industria fármaco terapéutica del país y al día de hoy desarrollaron 41 medicamentos elaborados a base de hierbas. También se utiliza la acupuntura y todo lo relativo a la tradición asiática, incluyendo la aromaterapia. Se dispone así mismo de la rehabilitación de ozono, *“que detiene el proceso y prolonga la vida en pacientes con tumores, incluso se dice que esta terapia ayuda a las personas sanas a disminuir las infecciones cardiovasculares y el envejecimiento general. Por el éxito obtenido, hay una clínica del dolor ubicada en cada municipio”*.

La isla cuenta con instalaciones para producir el 92% de los medicamentos pero, de acuerdo con lo expresado por el doctor Curra de la O, también deben sortear ciertos escollos: *“El mayor problema es el de la materia prima, se la debe*

buscar en el exterior, muchas veces en lugares muy lejanos como Japón o China”. Obviamente, esta dependencia se vuelve crítica como consecuencia de las restricciones que genera el bloqueo impuesto a su nación.

La importancia de la atención primaria

Hizo falta mucho trabajo educativo para que los cubanos tomaran en cuenta la atención primaria, *“este concepto cambió cuando, estudio del MSP mediante, se concluyó que el 80% de los problemas sanitarios se podían abordar sin necesidad de llegar al hospital”*.

Cada policlínico está estructurado para brindar un servicio integral a unos 35 mil habitantes, llegándose a incluir, en algunos, la cirugía ambulatoria.

Cuando el médico llega a una comunidad comienza, junto con su residencia (que durará tres años), el período de adaptación: *“No sería lógico tener un médico de familia que se forme en el hospital porque seguiría con mentalidad biológica. Sólo va al hospital por la mañana y perfecciona aquellas especialidades que de una forma u otra le van a hacer falta y por la tarde regresa a su consultorio en la comunidad”*.

Cada policlínico está vinculado con un hospital regional, que es el que acepta toda la patología de necesidad hospitalaria.

La primera labor a realizar por el médico de familia cuando le adjudican el consultorio es hacer la historia clínica completa del paciente a tratar, con ella se anexa la información del contexto familiar y ambiental y a la hora de hacer el diagnóstico tiene que establecer si es una comunidad sana, si es enferma, si está sometida a un riesgo grande, etcétera. *“El médico tendrá que identificar los problemas de salud, que pueden ser biológicos, sociales, económicos o ambientales. Luego desglosará la encuesta que le hace a la población, por ejemplo, de 750 personas que*

pueda tener, dice 'supuestamente sanos tengo 300, con riesgo 70', y así sucesivamente. Tendrá toda su población dispensarizada, conociendo cuántos pacientes hipertensos tiene, cuántos diabéticos, etcétera y, de acuerdo con sus datos, planificará las consultas del mes".

A los directores de policlínicos y municipales se les entrena con cursos de gerencia, programas de salud, participación comunitaria y psicología, para que la gente vea en la dirección de la salud una proyección donde está vinculada la economía con lo social, lo psicológico y lo biológico.

GBT, atención de urgencia e internación domiciliaria

La agrupación de especialistas en el policlínico para atender a los médicos de familia es lo que se denomina Grupo Básico de Trabajo (GBT): "Cada policlínico tiene de dos a tres de estos grupos, integrados por profesores de pediatría, de medicina clínica, de obstetricia, un odontólogo, un estadista, una enfermera, un técnico de RX y uno de asistencia social, quienes se reúnen mensualmente para analizar los resultados de acuerdo con el reporte realizado por el médico de familia".

Dentro de los roles del GBT está el proceso de identificación de problemas, seleccionándolos por orden de prioridad y elaborando un plan de acción para modificar lo que sea necesario con la participación activa de la comunidad.

El policlínico tiene un sistema de atención de urgencia limitada. Pero en cada municipio existe una estructura llamada Policlínico Principal de Urgencia (PPU), con tres camas de observación, instrumentos necesarios para atender casos graves, personal especializado y ambulancia, incluidas las de apoyo vital avanzado. Pero el primer contacto con el paciente de urgencia "lo debe de hacer el médico de familia y, si es necesario, llama al PPU; si no lo pueden resolver, se trasladará al paciente al hospital de referencia". Las estadísticas dicen que el carácter resolutivo que le da el PPU a las afecciones es grande: la mortalidad ha ido cambiando a punto de partida del acercamiento del médico al paciente con una necesidad de urgencia.

En el PPU se aplica también la medicina tradicional natural en la atención de urgencia. Posee un gimnasio donde se realizan actividades de rehabilitación propias de los pacientes que han tenido problemas y el seguimiento se hace en ese consultorio.

El ingreso en el hogar tiene una connotación nueva con la incorporación del médico de familia, con tres conceptos básicos: el económico, el social y el psicológico "Solamente pueden hacerlo quienes padezcan enfermedades que aconsejan que el seguimiento se realice en el hogar. Es un elemento metodológico que logra la participación de la familia en el proceso de atención y recuperación".



La salud en Cuba Un sistema solidario

Dos días habían pasado de la conferencia cuando el doctor Curra de la O brindó una entrevista a *Noticias*. Comenzó hablando en tono informal sobre sus hijos, su tierra, del clima tropical, en fin, de sus querencias, tan lejanas y tan presentes, cuando de pronto historió: "Antes del 1º de enero de 1959, la salud en mi país era malísima e inhumana. Quien podía pagar la recibía y el pobre terminaba en el hospital público, con terribles carencias. Al triunfar la revolución se crearon cursos intensivos para que se pudieran graduar los que estaban en condiciones de hacerlo, ya que había un número bajo de médicos, apenas 6 mil, de los cuales el 50% se fue para Estados Unidos. En 1960 se estableció el servicio médico rural y los profesionales salieron al campo, fundamentalmente a la zona oriental". El posgrado allí duró tres años, siendo el objetivo erradicar la desigualdad sanitaria entre el campo y la ciudad.

Por aquellos comienzos lo que más impactó su sensibilidad era la altísima mortalidad infantil: "Las enfermedades que primaban eran las infectocontagiosas, enfermedades de la pobreza. Los niños se morían por problemas bacterianos básicamente". Eran épocas en las que existía una sola Universidad, situada en La Habana, "hoy tenemos facultades de salud en las 14 provincias". Si bien la estrategia del cambio comenzó en lo curricular, lo pragmático le pisó los pies, "la salud no tiene costo para la población, aunque se ponga un riñón nuevo. Es absolutamente gratis. Por otra parte, al graduarnos fue requisito el renunciar a la práctica médica particular. En el diploma dice que estaremos dedicados a las necesidades de nuestra población".

El doctor Curra de la O cree que esa carga de idealismo y vocación es lo que permite a su Cuba natal ostentar una tasa de mortalidad infantil similar a los países del primer mundo y envidiable en los del tercero: "Llegar a tener la mortalidad infantil en 6,4 fallecidos por cada mil nacidos vivos es un dato heroico; lo mismo sucede con la mortalidad en general que está en unos 7 por mil y en la expectativa de vida que en el hombre es de 74 años y en la mujer de 76".

Otro éxito es el que se da con relación a los trasplantes y el obtenido con la rehabilitación cerebral: "Siempre están surgiendo cosas que nos dan orgullo. Por ejemplo, el profesor Rodríguez Cambra ideó unos aparatos que se llaman fijadores externos que, cuando hay fractura, suplantando al yeso dando excelentes resultados. El profesor Peláez descubrió un tratamiento para la retinosis pigmentaria que mejora considerablemente a quienes la padecen y en algunos casos los cura". La vigilancia epidemiológica es un motivo más de orgullo para el profesional: "Es un proceso que involucra a todos los municipios, donde hay técnicos que se preocupan de relevar la tendencia de enfermedades transmisibles: hepatitis, ETS, es un programa muy verticalizado, con estadísticas confiables como lo demuestran las supervisiones de la OMS".

Antes de culminar, quiso recordar a los olvidados de nuestro tiempo: "También tenemos casas de los abuelos, que son como guarderías donde se reúnen y divierten; eso también es muy lindo".