

## **Evaluación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba**

Appraisal of the Family Doctor and Nurse Program. Alex Urquiola Marrero  
Polyclinic, Holguín, Cuba

Manuel Osorio Serrano<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7880-9251>

Otmaro Henry Trueba Sánchez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5317-8609>

Yumaisa Hidalgo García<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0019-703X>

Angela María Santiesteban Velázquez<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5522-1113>

Lisbeth Torres Reyes<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7067-990X>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico Universitario Alcides Pino. Holguín, Cuba.

<sup>3</sup>Dirección Provincial de Salud de Holguín, Cuba.

<sup>4</sup>Policlínico Alex Urquiola Marrero. Holguín, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [mosoriohlg@infomed.sld.cu](mailto:mosoriohlg@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** La Medicina Familiar cubana se enfrenta hoy a nuevos retos para su perfeccionamiento, esto implica realizar un fortalecimiento del primer nivel de atención para garantizar mejoría en la calidad de los servicios.

**Objetivo:** Evaluar la situación actual del funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia e implementar un sistema de acciones para perfeccionarlo.

**Método:** Se realizó una investigación en sistema y servicios de salud en el Policlínico Alex Urquiola Marrero del municipio de Holguín, Cuba, durante el período enero 2019-diciembre 2020. Se aplicó guía de evaluación a los servicios del área y al funcionamiento de 22 equipos básicos de salud y luego un sistema de acciones.

**Resultados:** Se identificaron las principales debilidades entre ellas: falta de control sobre el funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia por el consejo de dirección, los Grupos Básicos de Trabajo y los departamentos del policlínico; incumplimiento de las funciones básicas por los Equipos Básicos de Salud; insatisfacción de los médicos, enfermeras, profesores y directivos sobre indicaciones no establecidas en el programa; deterioro de los locales de consultas, de los indicadores de salud y del panorama higiénico epidemiológico del área de salud.

**Conclusiones:** La aplicación de un sistema de acciones integrales a corto plazo generó cambios favorables en el funcionamiento de los servicios y de los equipos básicos de salud del policlínico.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, medicina familiar, acciones de salud, servicios de salud, calidad de atención médica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Cuban Family Medicine today faces new challenges for its development, which implies strengthening the first level of care, to ensure improvement in the quality of services.

**Objective:** To evaluate the current situation in the functioning of the Family Doctor and Nurse Program and implement a system of actions to improve it.

**Method:** A research was carried out in health system and services at Alex Urquiola Marrero Polyclinic from the Municipality of Holguín, Cuba, during the period January 2019-December 2020. An evaluation guide was applied to the services of the area and to the functioning of 22 Basic Health Teams; then, an action system was implemented.

**Results:** The main weaknesses identified included: lack of control over the functioning of the Family Doctor and Nurse Program by the board of directors, the Basic Work Groups and the polyclinic departments; non-compliance with basic functions by the Basic Health Teams; dissatisfaction of doctors, nurses, teachers and directors with indications not established in the program; deterioration of consultation facilities, health indicators and the hygienic-epidemiological scenario of the health area.

**Conclusions:** The implementation of a system of comprehensive short-term actions led to favorable changes in the functioning of polyclinic services and Basic Health Teams.

**Keywords:** primary health care, family medicine, health actions, health services, quality of health care.

Recibido: 16/11/2020.

Aprobado: 24/04/2021.

## Introducción

El 4 de enero de 1984 se inicia en el Policlínico de Lawton, en el municipio 10 de octubre en La Habana, capital del país, el modelo cubano de medicina familiar, también denominado “Plan del Médico de las 120 Familias”, Médico de la Familia o Médico de la Comunidad, con 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.<sup>(1)</sup>

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 estado terminal, representan singularidades del modelo de medicina familiar cubano, junto con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y de rehabilitación que garantizan el cumplimiento del objetivo principal del programa.<sup>(2,3)</sup>

El trabajo del EBS se complementaba con un grupo de especialistas en funciones de supervisión integrado por médicos especialistas de medicina interna, pediatría y ginecología y obstetricia y psicólogos, además de profesionales o técnicos de estadísticas, higiene y epidemiología y trabajo social. Todos formaron, en conjunto, un promedio de 15 a 20 EBS por área de salud, el Grupo Básico de Trabajo (GBT).<sup>(4)</sup>

Como parte del proceso de perfeccionamiento 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, al cual se le realizó un perfeccionamiento en el año 2011: “Programa del Médico y la Enfermera de la Familia”.<sup>(5)</sup>

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.<sup>(6,7,8)</sup>

La medicina familiar cubana se enfrenta hoy a nuevos retos y desafíos para su perfeccionamiento, impuestos por el desarrollo social, tecnológico y las demandas crecientes de la población en el contexto actual. Esto implica realizar un fortalecimiento del primer nivel de atención con la mejora continua de la calidad de los servicios, incluida la satisfacción de usuarios y prestadores.<sup>(9, 10)</sup>

Este trabajo se planteó como objetivo evaluar el funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia (PMEF) en un área de salud y aplicar acciones para su perfeccionamiento.

## Método

Se realizó una investigación de evaluación en sistema y servicios de salud sobre el funcionamiento del policlínico y los EBS en el área de salud Alex Urquiola Marrero de Holguín, Cuba, durante el período de enero 2019- diciembre 2020. En este estudio se incluyó el universo de los departamentos y servicios del policlínico y los 22 consultorios del médico y enfermera de la familia.

### Variables evaluadas

Las variables guardan relación con el cumplimiento de las funciones establecidas para el policlínico, GBT y EBS sobre el PMEF según los componentes:

**De estructura:** Condiciones estructurales de los servicios del policlínico y consultorios, funcionamiento de los servicios, completamiento de la plantilla de cuadros y reserva de cuadros, funcionamiento del consejo de dirección, recursos materiales para asumir los procesos, estabilidad del médico y enfermera en el consultorio.

**De proceso:** Calidad de la actuación médica en el proceso de atención médica (método clínico), dispensarización de la población, calidad del ingreso en el hogar, cumplimiento de consultas y terrenos, calidad del uso de documentos oficiales, promoción y prevención de salud, funcionamiento de los GBT, calidad de la interconsulta, calidad del proceso docente educativo en pre y postgrado, acreditación docente, investigación científica, superación científica e investigativa de los especialistas.

**De resultado:** Indicadores de morbilidad y mortalidad, satisfacción de la población por los servicios recibidos, satisfacción de estudiantes, trabajadores EBS, profesores y directivos.

### **Métodos teóricos**

Revisión Documental: Se realizaron análisis de los resultados de investigaciones desarrolladas sobre el tema, de igual forma se efectuaron revisiones y análisis de los documentos normativos del policlínico (reglamento interno, guía de evaluación y acreditación, PMEFDel).

### **Métodos empíricos**

Para la recolección de la información se aplicaron: encuesta, guía de observación y auditoría de documentos, los mismos recogen los elementos del reglamento y evaluación del policlínico, así como del PMEFDel 2011.

Se realizó evaluación del desempeño profesional de 22 médicos de familia durante la visita a los consultorios, mediante una guía de observación validada para evaluar método clínico.

También se efectuó auditoría de los documentos oficiales declarado para el PMEFDel entre ellas: (300) historias clínicas individuales, (440) historias clínicas familiares, (22) análisis de la situación de salud, (120) hojas de actividades diarias y (22) tarjeteros único de acciones de salud, seguimiento de (80) ingresos en el hogar.

Se utilizó la encuesta para evaluar nivel de satisfacción sobre funcionamiento del programa a (120) pacientes, (30) líderes comunitarios, (8) directivos, (45) estudiantes, (40) trabajadores y tecnólogos de salud, (44) médicos y enfermeras y (10) profesores de los GBT para evaluar la percepción nivel de satisfacción sobre funcionamiento del programa, medidas en la escala de bien y mal.

Finalmente se elaboró Matriz DAFO para agrupar los elementos fundamentales del diagnóstico inicial.

Para el diseño de las acciones se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

1. Evaluación inicial del cumplimiento del PMEFDel en el Policlínico Alex Urquiola Marrero.
2. Selección de los principales nudos críticos del problema sobre la cual los equipos tenían posibilidades de acciones más directas y podían obtener un impacto positivo.

3. Diseño y aplicación de las operaciones sobre cada uno de los nudos críticos relacionados con el problema.

### **Procesamiento estadístico**

Se realiza el cálculo del Alfa de Crombach mediante el paquete estadístico Epidat 3.1 que permitió determinar la consistencia interna del cuestionario aplicado. Se triangularon diversos datos, fuentes y métodos teóricos y empíricos para encontrar coincidencias y discrepancias entre los resultados, se realizó análisis de los resultados y su comparación con literaturas actualizadas, los mismos se presentaron ante plenaria ante el consejo de dirección del Policlínico.

### **Cuestiones éticas**

La investigación se rigió por lo establecido por la Declaración de Helsinki de 1975 y, con el consentimiento informado a los implicados en el estudio, se solicitó la aprobación del Comité de Ética y del Consejo Científico de la Institución.

## **Resultados**

En la tabla I se observa el análisis de la consistencia interna del instrumento aplicado fue satisfactorio con un valor de 0,73, por lo que resulta confiable, obteniéndose el mejor resultado en la consideración sobre el nivel de resolutivez de los problemas de salud en la comunidad como bueno en el 59,09% de los médicos y enfermeras de los consultorios y con peores resultados las consideraciones sobre el funcionamiento general del PMEF con 79,54% y el cumplimiento inadecuado de consultas y terrenos establecidos con el 70,45%.

**Tabla I.** Percepción del funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia por el EBS

| No   | Preguntas formuladas   | Bueno                  |       | Malo |       | Alfa de Crombach |
|------|--|------------------------|-------|------|-------|------------------|
|      |  | n                      | %     | n    | %     |                  |
| P1   | ¿Cómo considera que funciona el PMEAF?   | 9                      | 20,45 | 35   | 79,54 | 0,58             |
| P2   | ¿Cómo considera que realiza tus funciones en el EBS?   | 21                     | 47,72 | 23   | 52,27 | 0,71             |
| P3   | ¿Cómo considera tu nivel de conocimiento sobre lo establecido por el PMEAF?                    | 20                     | 45,45 | 24   | 54,54 | 0,68             |
| P4   | ¿Cómo considera la existencia de recursos necesarios para realizar tu desempeño en APS?        | 20                     | 45,45 | 24   | 54,54 | 0,68             |
| P5   | ¿Qué nivel de participación tiene usted en la confección y ejecución del ASIS del consultorio? | 21                     | 47,72 | 23   | 52,27 | 0,71             |
| P6   | ¿Cómo considera el nivel de resolutivez de los problemas de salud en tu comunidad?             | 26                     | 59,09 | 18   | 40,90 | 0,85             |
| P7   | ¿Cómo considera el funcionamiento de tu GBT?   | 21                     | 47,72 | 23   | 52,27 | 0,71             |
| P8   | ¿Cómo considera que tiene organizada la planificación de tus funciones en el consultorio?      | 18                     | 40,90 | 26   | 59,09 | 0,63             |
| P9   | ¿Cómo considera el cumplimiento de consultas y terrenos establecidos?                          | 13                     | 29,54 | 31   | 70,45 | 0,53             |
| n=44 |  | Alfa de Crombach: 0,73 |       |      |       |                  |

En la tabla II se escribe el análisis DAFO sobre el funcionamiento del programa y en la tabla III las acciones para el perfeccionamiento del programa.

**Tabla II.** Análisis DAFO sobre Funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia

|  |  |
|--|--|
| <b>A<br/>N<br/>Á<br/>L<br/>I<br/>S</b> | <b>Fortalezas</b>  |
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recursos humanos suficientes y preparados para el funcionamiento de los servicios.</li> <li>2. Grupo básico de trabajo completo con buena preparación científica y categorizados.</li> <li>3. Existen los recursos materiales necesarios para desarrollar los procesos en la Atención Primaria de Salud.</li> <li>4. Proyección comunitaria de las especialidades no básicas hacia la comunidad.</li> <li>5. Directivos y EBS comprometidos con el perfeccionamiento del programa de Medicina Familiar.</li> </ol>   |
|  | <b>Debilidades</b>   |
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inestabilidad de los EBS en los consultorios</li> <li>2. En los consultorios no existen evidencias de los programas de higiene y epidemiología a desarrollar en la APS.</li> <li>3. Falta reservas de cuadros del director, la vice dirección de atención médica, higiene epidemiología y administración.</li> <li>4. Biblioteca sin funcionar por largo período, por falta de personal.</li> <li>5. Movimiento colectivo moral detenido, falta su ratificación e incluir a los consultorios.</li> <li>6. El Laboratorio clínico funciona hasta las 7:00pm por falta de personal.</li> <li>7. Inestabilidad de las reuniones de los GBT en el último trimestre.</li> </ol> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>I<br/>N<br/>T<br/>E<br/>R<br/>N<br/>O</b></p>   | <p>8. Dificultades con la conectividad a internet.</p> <p>9. Dificultades en la dispensarización: registro, evaluación, intervención e seguimiento de los individuos y familias.</p> <p>10. Deficiencias en la actuación profesional (deficiencias en la aplicación del método clínico epidemiológico en la práctica médica diaria.</p> <p>11. Acciones de salud sin planificar (no existe tarjetero único de acciones de salud en los consultorios.</p> <p>12. La evaluación de los residentes no se corresponde con la situación actual de cumplimiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia.</p> <p>13. Análisis de la Situación de Salud desactualizados.</p> <p>14. Dificultades con la realización de clínicas patológicas, radiológicas y epidemiológicas en el área de salud.</p> <p>15. Deficiencias en el seguimiento del ingreso en el hogar.</p> <p>16. Historias clínicas familiares desactualizadas en la mayoría de los consultorios.</p> <p>17. Historias clínicas individuales sin completar en la mayoría de los consultorios.</p> <p>18. Dificultades en el cumplimiento del sistema de control de la dirección, grupos básicos y departamentos del policlínico sobre el funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia.</p> <p>19. No se realiza discusión de fallecidos en el área de salud.</p> <p>20. Las actas del consejo de dirección evidencian poca profundidad en el análisis de los temas tratados.</p> <p>21. Insatisfacción de la población por pobre permanencia del médico y enfermera en el consultorio.</p> <p>22. Insatisfacción del EBS por sobrecarga de actividades por la campaña antivectorial.</p> <p>23. Deterioro de los indicadores de salud por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.</p> <p>24. Deterioro del proceso docente en los escenarios de los consultorios, por inestabilidad de los tutores y falta de categorización.</p> <p>25. Insatisfacción del personal de enfermería por sobrecarga de trabajo por medidas emergentes del Programa Materno Infantil.</p> <p>26. Bajo por ciento de proyectos de investigación registrados, de especialistas de segundo grado y temas doctoral aprobados en el área de salud.</p> <p>27. Insatisfacción de profesores y directivos docentes por demora existente en la publicación de artículos científicos.</p> <p>28. Insatisfacción de profesores de los GBT durante el desarrollo de las interconsultas.</p> |
| <p><b>A<br/>N<br/>Á<br/>L<br/>I<br/>S<br/>S<br/>E<br/>X<br/>T<br/>E<br/>R<br/>N<br/>O</b></p> | <p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>1. Intersectorialidad: apoyo del Gobierno para la solución de problemas del sector.</p> <p>2. Comunidad organizada.</p> <p>3. Existencia de Normativas Ministeriales para el funcionamiento del Policlínico y Equipo Básico de Salud.</p> <p>4. Programas de estudios de las carreras de Ciencias Médicas enfocados hacia la comunidad.</p> <p>5. Programa para la especialización de MGI actualizado con tres años de duración.</p> <p>6. Equipo de asesores de la dirección provincial de salud para fortalecer el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>1 Situación higiénica epidemiológica del área de salud, que afecta el adecuado funcionamiento de los servicios y de los consultorios.</p> <p>2. Indicaciones, orientaciones y estrategias no establecidas que sobrecargan el trabajo del Médico y Enfermera de la familia.</p>   |

**Tabla III.** Acciones para el perfeccionamiento del Programa del Médico y Enfermera de Familia

| Nudos críticos       | Nudo crítico 1  | Nudo crítico 2   | Nudo crítico 3  | Nudo crítico 4   | Nudo crítico 5   |
|----------------------|---|--|---|--|--|
|                      | Desconocimiento de los principios fundacionales del programa del médico y enfermera de la familia                               | Deficiencias en el sistema de control del cumplimiento del programa del médico y enfermera de la familia                               | Deficiencias En el cumplimiento de las funciones básicas por los EBS  | Deficiencias en el funcionamiento de los grupos básicos de trabajo   | Debilidades en la superación científica investigativa y docente en APS   |
| Operaciones          | Capacitar a directivos, médicos y enfermeras de la familia sobre los principios fundacionales del programa de medicina familiar | Capacitar a directivos y departamentos del policlínico sobre planes de trabajos y sistema de control del programa de medicina familiar | Asesoría teórico-práctica durante el desempeño de los EBS sobre el cumplimiento de las funciones básicas del programa                     | Asesoría teórico-práctica a los profesores integrantes del GBT sobre sus funciones básicas durante su desempeño                                | Asesoría metodológica al departamento docente del policlínico sobre el diseño de sistema de superación profesional   |
| Objetivos            | Incrementado los conocimientos sobre los principios fundacionales del programa  | Perfeccionados los sistemas de controles sobre el programa por los diferentes departamentos y niveles de dirección en el área          | Recuperadas a nivel de los consultorios el cumplimiento de las actividades específicas establecidas por el programa                       | Fortalecido el funcionamiento de los grupos básicos de trabajo   | Organizado el sistema de superación científica, investigativa y docente en el policlínico  |
| Resultados esperados | 100% de EBS y directivos capacitados  | 100% de los departamentos y niveles de dirección del área de salud con sistema de control elaborado y en ejecución                     | Transformar positivamente más del 80% de las deficiencias organizativas y de proceso por los EBS  | Rescate con calidad a más 80% el cumplimiento de las funciones básicas de los GBT  | Elaborada la estrategia para la superación científica e investigativa en el 100% de los profesionales del área de salud                                      |
| Recursos necesarios  | Estructural: Dos horas semanales en horario de la tarde durante 4 semanas.<br>Cognoscitivos: Preparación de materiales          | Estructural: dos horas semanales en horario de la tarde 3 semanas.<br>Cognoscitivos: preparación materiales docentes y normativos      | Estructural: cuatro horas semanales durante 12 semanas en el consultorio<br>Cognoscitivos: Programa MF, documentos oficiales, normativas, | Estructural: dos horas semanales por tres semanas según plan de trabajo de consultorios<br>Cognoscitivos: programa MF, reglamento, normativas. | Estructural: Dos horas semanales por cuatro semanas con los miembros del departamento docente.<br>Cognoscitivos: Programa MF, normativas, reglamento docente |

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
|   | didácticos,<br>programas de<br>M.Familiar<br>actualizado 2011.<br><br>Políticos:<br>participación social<br>y comunitaria                             |  | protocolos.<br><br>Políticos:<br>participación social y<br>comunitaria   | Políticos: participación<br>social y comunitaria   | metodológico   |
| Acciones<br>estratégicas                                    | Sistematizado el<br>proceso<br>capacitante<br>de los EBS por los<br>GBT y directivos<br>en cada escenario<br>que contacten.                           | Implementado el<br>sistema de control<br>del programa MF por<br>diferentes niveles de<br>dirección   | Monitoreado<br>sistemáticamente por<br>la dirección y GBT el<br>cumplimiento con<br>calidad del programa<br>establecido por los<br>EBS.            | Perfeccionado la<br>actuación de los<br>miembros del GBT en<br>el cumplimiento de sus<br>funciones   | Elevado el nivel de<br>superación científica e<br>investigativa de los<br>profesionales de la APS  |
| Plazo   | Febrero 2019-dic<br>2020  | Febrero 2019-dic<br>2020   | Febrero 2019-dic<br>2020   | Febrero 2019-dic 2020  | Febrero 2019-dic 2020  |
| Responsa-<br>bles del<br>acompañamiento de las<br>acciones  | Equipo de<br>dirección del área,<br>GBT   | Equipo de dirección<br>del área, GBT   | Equipo de dirección<br>del área, GBT   | Equipo de dirección<br>del área, GBT   | Equipo de dirección del<br>área, GBT   |
| Proceso de<br>monitoreo y<br>evaluación de<br>las acciones. | Especialistas de<br>MGI Capacitados<br>para el control del<br>perfeccionamiento del<br>programa y<br><br>Equipo de<br>expertos.<br><br>(Cada 3 meses) | Especialistas de MGI<br>Capacitados para el<br>control del<br>perfeccionamiento del<br>programa y<br><br>Equipo de expertos.<br><br>(Cada 3 meses) | Especialistas de MGI<br>Capacitados para el<br>control del<br>perfeccionamiento del<br>programa y<br><br>Equipo de expertos.<br><br>(Cada 3 meses) | Especialistas de MGI<br>Capacitados para el<br>control del<br>perfeccionamiento del<br>programa y<br><br>Equipo de expertos.<br><br>(Cada 3 meses) | Especialistas de MGI<br>Capacitados para el<br>control del<br>perfeccionamiento del<br>programa y<br><br>Equipo de expertos.<br><br>(Cada 3 meses) |

### Impacto de las acciones aplicadas

1. Política de cuadros: fortalecimiento del consejo de dirección, completamiento y preparación de la reserva de cuadros.
2. Elaborados planes de trabajo y perfeccionado el sistema de control del funcionamiento del programa.
3. Recuperada con calidad la entrega de guardia diariamente en el policlínico con la presencia del director y vicedirector de atención médica.
4. Prolongado el horario de funcionamiento del laboratorio clínico hasta las 9:00pm.

5. Capacitación del 100% de los equipos básicos sobre los documentos normativos del programa.
6. Activado el funcionamiento del sindicato para fortalecer el movimiento colectivo moral.
7. Organizado el funcionamiento de los comités asesores de la dirección del policlínico.
8. Definido los médicos titulares de los 22 consultorios, lo que mejora la estabilidad de los EBS.
9. Categorización y capacitación de los tutores de los consultorios docentes, el cual repercute en mejoría de la calidad del proceso docente del pre y posgrado.
10. Actualización de la dispensarización y los análisis de la situación de salud en el 100% de los consultorios.
11. Implementado el tarjetero único de acciones de salud en el 100% de los equipos básicos.
12. Mejoría del nivel de satisfacción de la población al 98%.
13. Funcionamiento adecuado de la biblioteca del policlínico.
14. Elaborado y registrado 4 proyectos de investigación institucional en este período.
15. Aprobada categoría de investigador agregado de 4 docentes del área.
16. Matriculados 12 profesionales de la salud en diferentes cursos de Maestrías.
17. Mejorado el nivel de satisfacción de los profesionales de la APS.

## Discusión

Los valores de alfa de Crombach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna del cuestionario aplicado.<sup>(11)</sup> El mismo coincide con los cálculos obtenidos en esta investigación.

El PMEF en Cuba ha estado en constante fortalecimiento en diferentes etapas, se trabaja en la reparación de los consultorios deteriorados, se buscan alternativas para lograr estabilidad de los equipos básicos en las comunidades y se desarrollan tareas de capacitación de los directivos y GBT en aras de mejorar el funcionamiento del programa, perfectible y susceptible de transformaciones para enfrentar nuevos retos, el mayor de los cuales será en renovar el modelo manteniendo y fortaleciendo las ideas fundacionales del programa.<sup>(12,13)</sup> Resultados similares se obtienen en esta investigación donde utilizan estrategias enfocadas hacia este objetivo.

Cuba Fuentes M.S.<sup>(14)</sup>, en investigación realizada en Perú, plantea que la especialidad en medicina familiar no es un requisito para que los médicos laboren en el primer nivel de atención por lo que mayor parte de ellos no cuenta con este entrenamiento de postgrado, condición muy diferente ocurre en esta investigación donde los médicos que laboran en los consultorios tienen una formación integral durante el pregrado y durante su especialización para desempeñarse en la Atención primaria de salud.

Los autores de este estudio identifican que los niveles de insatisfacción de la población se corresponden con inestabilidad del equipo básico de salud en los consultorios e irregularidades con algunos medicamentos, no coincide con lo reportado en estudio realizado en la población peruana donde señalan demora en la atención, falta de acceso y maltrato.<sup>(14)</sup>

La capacidad resolutive de APS incluye contar con equipos interdisciplinarios de salud capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas, sobre todo en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y periurbanas pobres y excluidas. Dicho personal debe contar con las tecnologías sanitarias apropiadas (laboratorios, medicamentos) y suficientes, así como con el apoyo efectivo de las especialidades.<sup>(15)</sup>

Además los cambios del primer nivel de atención se dirigen hacia tener un equipo de salud que cuente con las capacidades para actuar de manera intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, para actuar junto a la comunidades en acciones de promoción y prevención, para el manejo tanto de los problemas agudos como de los crónicos, incluidas las secuelas y discapacidades, así como los cuidados paliativos, en y desde el propio domicilio de las personas, y para sostener una relación cercana, fluida, con pertinencia y permanente con las comunidades en su contexto territorial.<sup>(16,17)</sup>

Lograr la integración docente-asistencial-investigativa implica una asistencia médica de excelencia, profesionales mejor formados y reconocidos en su quehacer investigativo.<sup>(18)</sup> La atención primaria de salud ofrece grandes oportunidades para la investigación, es un área de conocimientos propios y necesarios de desarrollar para perfeccionar la calidad de los servicios y la salud de los pacientes.<sup>(19,20)</sup>

El diagnóstico de las debilidades existentes en el funcionamiento del PMEF y el establecimiento de acciones correctoras con la participación de los directivos, la comunidad y los EBS, es motivador, compromete a todos los trabajadores del sector en la búsqueda de las alternativas más idóneas para revitalizar el programa, muestra de este impacto se logró en esta investigación al obtener resultados positivos en 17 indicadores que tenían dificultades en su cumplimiento al inicio de la investigación, por lo que consideramos mantener su aplicación en otras áreas de salud y realizar nuevas evaluaciones.

## Conclusiones

1. Se evidencia deterioro del funcionamiento del PMEF en esta área de salud, aunque existen las fortalezas necesarias en preparación científica, recursos humanos y materiales para desarrollar los procesos.
2. La implementación de acciones controladas a corto y mediano plazo mejoró el funcionamiento del PMEF en este policlínico.

## Referencias Bibliográficas

1. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MC. 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[citado 28/05/2019];30(3):364-374. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es).
2. Gallardo Sánchez Y, Rodríguez Noguera Y, Gallardo Arzuaga L, Fonseca Arias M. El ingreso domiciliario como indicador de impacto en el primer nivel de atención. Rev 16 abril. 2015[citado 28/05/2019];54(257):91-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=59205>

3. George Quintero R, Laborí Ruiz R, NoaLegrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Rev Inf Cient.2017[citado 28/05/2019];96(3).Disponible en:

<http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297>

4. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013[citado 28/05/2020]; 39(4):752-762. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es)

5. Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev Med Electrón.2014[citado 20/08/2020];36(2):124-126. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es)

6. Martínez Calvo S. Un breve comentario sobre el modelo de Medicina Familiar en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016[citado 02/02/2019];32(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400012)

7. 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 Publica. 2018[citado 25/08/2021];42.Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e25/es/#>

8. 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[citado 28/08/2019];42.Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e31/es>

9. García Pérez RP, Ballbé Valdés A, Iglesia Almansa NR. El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica. Educ Med Super.2015[citado 25/05/2019];29(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412015000300023&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000300023&lng=es)
10. Sosa García D, García Suárez SM, Oliva Martínez MM, Durand Duany R, Fernández Guzmán JR. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. Rev Cubana Salud Pública. 2017[citado 02/08/2019];43(3):1-13. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300002)
11. Heidi OC, Campo Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. RevColomb Psiquiatr.2005 [citado 07/05/2021];34(4):572-580.Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en)
12. 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[citado 28/08/2019];40(1):75-84. Disponible en: <https://cuba.campusvirtualsp.org/estrategia-de-renovacion-de-la-atencion-primaria-de-salud-en-cuba>
13. Domínguez Alonso E, Zacea E. Sistema de salud de Cuba. Salud pública Méx .2011 [citado 04/05/2019];53(Suppl2). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
14. Cuba Fuentes MS, Romero Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer laatención primaria enelPerú a cuarentaaños de Alma Ata. An Fac Med. 2018 [citado 21/06/2019 ]; 79(4):346-350.Disponibleen: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf>
15. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de saludenlaRegión de las Américas a 40 años de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018[citado 21/06/2019 ];42.Disponible en:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49471>

16. Doménech D, Strozzi D, Oliveira LucíaA ,Antúnez M, Castro G, Álvez J.*et al.* Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú. Rev Méd Urug. 2016[citado 21/06/2019]; 32(3): 137-144. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300002](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300002)
17. LópezPuig P, García Milian AJ, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Santana Felipe A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2014[citado 22/06/2019]; 40(4):249-262. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400002)
18. Figueredo Mesa Y, Rousseau Yera R, Montero Alfonso Y, Caballero Fernández B. Estrategia de superación profesional dirigida a los médicos de APS para el desarrollo de la MNT para el tratamiento al adulto mayor con dolor en el SOMA. Rev Cubana Tecnología Salud .2019 [citado 25/06/2021];10(3). Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1583>
19. Serra Valdes MAGonzález de la Oliva G. La investigación en la formación de profesionales y en el profesorado de las ciencias médicas. Edu Méd Super. 2017[citado 25/02/2021]; 31(4). Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1194>
20. García Águila EJ, Fernández Gregorio T, Yanes Milián B, Méndez Gálvez L, Muñiz Casas I, Pérez Hernández PA. La investigación científica a treinta años de la medicina familiar en atención primaria de salud. Edumecentro. 2018 [citado 25/05/2021];10(3). Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1128>

### **Financiamiento**

La investigación no precisó de financiamiento para su ejecución.

### **Conflicto de intereses**

Los autores no refieren presentar conflicto de intereses.

### **Contribución de autoría**

Conceptualización: Manuel Osorio Serrano.

Investigación: Manuel Osorio Serrano, Yumaisa Hidalgo García.

Administración del proyecto: Manuel Osorio Serrano.

Supervisión: Manuel Osorio Serrano.

Validación: Manuel Osorio Serrano.

Análisis formal: Lisbeth Torres Reyes.

Borrador original, revisión y edición: Manuel Osorio Serrano.

Curación: Otmaro Henry Trueba Sánchez, Yumaisa Hidalgo García.

Metodología: Otmaro Henry Trueba Sánchez.

Visualización: Otmaro Henry Trueba Sánchez.

Revisión – edición: Otmaro Henry Trueba Sánchez, Yumaisa Hidalgo García, Ángela María Santiesteban Velázquez, Lisbeth Torres Reyes.

Adquisición de fondos: Ángela María Santiesteban Velázquez.



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-  
No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)