

**Multimed 2019; 23(4)**

**Julio - Agosto**

Artículo original

## **Impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016**

Impact of Family Medicine in Granma during the years 2015-2016

Impacto da Medicina de Família no Granma durante os anos de 2015 a 2016

Ms.C. Urg. Méd. Yurieth Gallardo Sánchez.<sup>I\*</sup>

Esp. I MGI. Yunior Yero Quesada. II

Ms.C. Long. Satisf. Leonor Núñez Ramírez.<sup>III</sup>

Ms.C. Urg. Méd. Daniel Sosa García.<sup>I</sup>

Esp. I MGI. Elizabet Saborit Corría.<sup>IV</sup>

<sup>I</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Manzanillo. Granma, Cuba.

<sup>II</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Dirección Provincial de Salud. Manzanillo. Granma, Cuba.

<sup>III</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

<sup>IV</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínica Universitaria Raúl Podio Saborit. Manzanillo. Granma, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Email: [gallardo.grm@infomed.sld.cu](mailto:gallardo.grm@infomed.sld.cu)

## **RESUMEN**

En la década de los ochenta como respuesta a la necesidad que generaron las condiciones de salud y niveles de vida alcanzados, se inicia el modelo del médico de familia con el objetivo de socializar el impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

Se realizó estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, utilizaron métodos teóricos, empíricos y como métodos estadísticos la distribución de frecuencias absolutas y la presentación de los resultados en gráficos. Las variables fueron: total de consultas en la APS y realizadas por los Médicos Generales Integrales, determinaciones realizadas en los laboratorios clínico y microbiológico, estudios imagenológicos realizados, consultas en cuerpo de guardia e ingresos domiciliarios, así como cantidad de graduados en la especialidad MGI. Las consultas en el 2016 superaron al 2015 y las propias al Médico General Integral en 496 151 y 252 002 respectivamente. En el laboratorio microbiológico aumentaron las determinaciones realizadas en el 2016 con respecto al 2015 en 139 819 y, en el laboratorio clínico disminuyó en 52 047. Aumentaron los estudios imagenológicos (24 007 Rx y 8 230 ultrasonidos). Decrecieron las consultas en cuerpo de guardia en 15 113 pacientes atendidos. Aumentaron los ingresos domiciliarios en mil 703. En los años estudiados se graduaron 271 y 381 especialistas I Grado respectivamente. Se socializaron indicadores medibles producto a las transformaciones que muestran impacto positivo en Medicina Familiar. Crecieron las consultas en la Atención Primaria de Salud y por los MGI demostrando reorganización de los servicios, disminuyeron las consultas en los cuerpos de guardia, aumentaron los ingresos domiciliarios y los recursos humanos especializados en Primer Grado.

**Palabras clave:** Medicina Familiar; Atención Primaria de Salud; recursos humanos.

#### **ABSTRACT**

In the decade of the eighties as a response to the need generated by the health conditions and levels of life achieved, the family doctor model was initiated with the aim of socializing the impact of Family Medicine in Granma during the years 2015-2016 after the

implementation of the transformations of the sector. We performed an observational, descriptive and retrospective study, using theoretical, empirical methods and as statistical methods the distribution of absolute frequencies and the presentation of the results in graphs. The variables were: total number of consultations in the PHC and performed by the Integral General Practitioners, determinations made in the clinical and microbiological laboratories, imaging studies carried out, consultations in the body of the guard and home admissions, as well as number of graduates in the MGI specialty. The consultations in 2016 exceeded 2015 and those of the Integral General Physician in 496 151 and 252 002 respectively. In the microbiological laboratory, the determinations made in 2016 with respect to 2015 increased by 139 819 and in the clinical laboratory decreased by 52 047. Imaging studies (24 007 Rx and 8 230 ultrasounds) increased. Consultations in the body of the guard decreased in 15 113 patients attended. Home admissions increased by 703 thousand. In the studied years, 271 and 381 I Degree specialists graduated respectively. Measurable indicators were socialized product to the transformations that show positive impact in Family Medicine. The consultations in the Primary Health Care and the MGIs showed a reorganization of the services, the consultations in the guard corps decreased, the household income increased and the specialized human resources in the First Degree increased.

**Keywords:** Family Medicine; Primary health care; human Resources.

## **RESUMO**

Na década de 80, como resposta à necessidade gerada pelas condições de saúde e níveis de vida alcançados, o modelo de médico de família foi iniciado com o objetivo de socializar o impacto da Medicina de Família no Granma durante os anos de 2015-2016. após a implementação das transformações do setor. Foi realizado um estudo observacional, descritivo e retrospectivo, utilizando métodos teóricos, empíricos e como métodos estatísticos a distribuição de frequências absolutas e a apresentação dos resultados em gráficos. As variáveis foram: consultas totais em PHC e realizada por

médicos de clínica geral, determinações em laboratórios clínicos e microbiológicos, estudos de imagem, consultas guarita e renda familiar e número de diplomados em MGI especialidade. As consultas em 2016 foram superiores a 2015 e as do médico generalista geral em 496 151 e 252 002, respectivamente. No laboratório de microbiologia, as determinações feitas em 2016 em relação a 2015 aumentaram em 139 819 e no laboratório clínico diminuíram em 52 047. Estudos de imagem (24 007 Rx e 8 230 ultrasounds) aumentaram. Consultas no corpo da guarda diminuíram em 15 113 pacientes atendidos. As internações domiciliares aumentaram em 703 mil. Nos anos estudados, 271 e 381 graduandos formaram-se, respectivamente, indicadores mensuráveis foram produtos socializados para as transformações que apresentam impacto positivo na Medicina de Família. As consultas na Atenção Primária à Saúde e nos MGI mostraram uma reorganização dos serviços, as consultas no corpo de guarda diminuíram, a renda familiar aumentou e os recursos humanos especializados no Primeiro Grau aumentaram.

**Palavras-chave:** Medicina Familiar; Atenção Primária à Saúde; recursos humanos.

Recibido: 22/4/2019

Aprobado: 25/5/2019

## Introducción

En 1963 se puso en práctica la atención integral sobre la base de un modelo asistencial a cargo de médicos en el policlínico y la realización de terreno por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios. Su éxito mayor fue disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa para la disminución de la mortalidad infantil. <sup>(1)</sup>

En los primeros años de la década de los 60, se implementaron en Cuba el Servicio Médico Rural y el Policlínico Integral; el primero para llevar los servicios de salud a las zonas

rurales y montañosas más intrincadas del país y el segundo como unidad ejecutora básica del Ministerio de Salud Pública en el primer nivel de atención. Estos fueron los componentes esenciales del Sistema Nacional de Salud cubano constituido en 1968.<sup>(2)</sup>

Si bien el Sistema Nacional de Salud cubano nació para ejecutar un conjunto de medidas para el enfrentamiento de enfermedades infectocontagiosas, desnutrición, parasitismo, anemia y otras, el modelo de medicina familiar surgió en 1984 como parte de las transformaciones necesarias de la sociedad ante los nuevos retos.

En la década del setenta, se instauró un nuevo modelo (Policlínico Comunitario) que dio respuesta a los cambios ocurridos en el cuadro de salud donde predominaban las enfermedades crónicas. Así surge la medicina comunitaria que mantuvo los principios del policlínico integral, pero aplicó nuevos procedimientos. El nuevo modelo dotó a los policlínicos con especialistas en medicina interna, pediatría y ginecobstetricia con una elevación de la calidad de la visita domiciliaria realizada por el médico.<sup>(1,3)</sup>

En la década de los ochenta como respuesta a la necesidad que generaron las condiciones de salud y niveles de vida alcanzados, se inicia el modelo del médico de familia. La aparición de la medicina familiar persiguió eliminar la fragmentación y superespecialización de la atención médica; combatir la despersonalización y uso indiscriminado de la tecnología; articular la asistencia dirigida hacia la dimensión comunitaria; canalizar la insatisfacción de la población con los servicios; responder a las transformaciones demográficas que conllevan a cambios en la morbilidad y mortalidad; establecer la emergencia de un pensamiento médico orientado al enfoque clínico, epidemiológico y social; y lograr un incremento cualitativo en la salud del pueblo.<sup>(4)</sup>

La formación del médico general integral tiene lugar en la propia comunidad en la que se forma un especialista con una alta calidad en los servicios que brinda a la población, en respuesta al encargo social del sistema cubano y gracias a la voluntad política del país en correspondencia con la situación económica, social y comunitaria.<sup>(5)</sup>

La cobertura de salud, según la Organización Mundial de la Salud referenciado por Castell-Florit Serrate y coautorías,<sup>(6)</sup> es "la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos

humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población” siendo los escenarios de la Atención Primaria de Salud (APS) donde se sientan las bases fundamentales.

En el contexto cubano; el mismo referente teórico aborda que entre los factores favorecedores de la cobertura de salud se hallan: <sup>(6)</sup>

- ✓ La centralización metodológica nacional y descentralización de la planificación y ejecución de acciones de salud conjuntamente con la conducción programática integrada, a partir de la década de los 70.
- ✓ La existencia de la estrategia sanitaria orientada a la APS desde la década de los 60, incrementó paulatinamente el acceso y la cobertura de salud hasta llegar a 100 % en la actualidad.
- ✓ El modelo de atención se centra en la medicina familiar, con el programa del médico de la familia, a partir de 1984. El modelo tiene como características distintivas, el actuar a partir del Análisis de la Situación de Salud, la dispensarización de la población y el trabajo en equipo multidisciplinario.
- ✓ La red de servicios gratuitos a nivel nacional.
- ✓ El policlínico como centro, para coordinaciones internas de asistencia médica, docencia, investigaciones; interconsultas de las especialidades del segundo nivel de atención y del trabajo multidisciplinario entre servicios de salud (consultorios, clínicas estomatológicas, hospitales y otras instituciones). También para coordinaciones externas de acciones de salud con los individuos, las familias, la comunidad y sus sectores sociales.

El periodo comprendido entre el 2015-2016 el Sistema Nacional de Salud cubano se encontró insertado en la tercera etapa de evaluación de las transformaciones donde se ejecutaron acciones para conservar los conceptos fundacionales del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y la calidad de los servicios en los policlínicos. El objetivo fue satisfacer entre 70% y 80% de las necesidades de salud de la población en el nivel primario de atención; reorganizar los servicios de higiene, epidemiología y microbiología, en

correspondencia con la situación nacional e internacional; mantener el principio de la educación en el trabajo durante los procesos docentes, asistenciales e investigativos en las universidades médicas cubanas; elevar el número de las investigaciones operacionales para optimizar la toma de decisiones; incrementar la exportación de los servicios médicos; y diversificar las fuentes de ingresos.<sup>(7)</sup>

Al seguir esta ruta del pensamiento y con las intenciones de compartir, en el año del XXXV aniversario de la fundación de la Medicina Familiar en Cuba marcado por el ascenso con creces del trabajo de la Medicina General Integral, en la provincia se realizó el presente estudio con el objetivo de socializar el impacto de la Medicina Familiar en la provincia de Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

## **Método**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con el objetivo de socializar el impacto de la Medicina Familiar en la provincia de Granma durante los años 2015-2016 posterior a la implementación de las transformaciones del sector.

Se manejaron como métodos teóricos: el histórico-lógico, el analítico-sintético y el inductivo-deductivo para el abordaje de los principales conceptos, la revisión de bibliografía actualizada sobre el tema, así como para la interpretación de los datos obtenidos y la conformación del artículo.

Dentro de los métodos empíricos se consumó el análisis documental de los informes anuales de la Dirección de Atención Primaria de Salud en el Sectorial Provincial de Salud Pública de Granma para valorar el comportamiento de los indicadores asistenciales de impacto con las transformaciones del sistema de salud y, como métodos estadísticos la distribución de frecuencias absolutas y la presentación de los resultados en gráficos para su posterior análisis y discusión.

Las variables e indicadores utilizados fueron: total de consultas en la APS y las realizadas por los Médicos Generales Integrales, determinaciones realizadas en los laboratorios clínico y microbiológico, estudios imagenológicos realizados (Rx y ultrasonidos), consultas en cuerpo de guardia e ingresos domiciliarios, así como cantidad de graduados en la especialidad MGI según grados obtenidos en los años estudiados.

## Resultados

El gráfico 1 se muestra el comportamiento, en los años de estudio y según los informes de balance de la Atención Primaria de Salud (APS) en Granma, de las consultas realizadas en la APS y las desarrolladas por el Médico General Integral como especialista ejecutor de las atenciones socio-médicas en este nivel de atención. En el 2016 superaron al año precedente y las propias al Médico General Integral en 496 mil 151 y 252 mil 002 respectivamente.

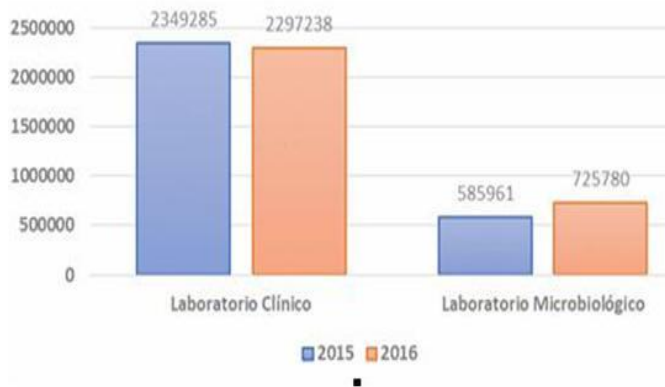


**Gráfico 1.** Total de consultas y las realizadas por MGI. Granma, 2015-2016.

En el gráfico 2 se declara la cantidad de determinaciones realizadas en ambos laboratorios durante el periodo analizado. En el 2016 se disminuyó en 52 mil 047 determinaciones en el laboratorio clínico, al año precedente; siendo los municipios que reducen las determinaciones: Río Cauto, Jiguaní, Bayamo, Yara, Manzanillo y Pilon.

En el laboratorio microbiológico se aumentó en el 2016 con respecto al 2015 en 139 mil 819 determinaciones. Solamente el municipio Río Cauto disminuye este indicador.





**Gráfico 2.** Total de determinaciones realizadas en laboratorio clínico y microbiológico. Granma, 2015-2016.

Los resultados, que se muestran en el gráfico 3, sentencian un aumento en los estudios imagenológicos realizados (24 mil 007 Rx y 8 mil 230 ultrasonidos) en la provincia durante los años 2015-2016. Solo disminuyen los municipios Guisa, Buey Arriba y Campechuela los estudios radiográficos. Rio Cauto, Cauto Cristo, Manzanillo, Niquero, Bartolomé Masó y Buey Arriba reducen los ultrasonidos realizados.



**Gráfico 3.** Total de estudios imagenológicos realizados. Granma, 2015-2016.

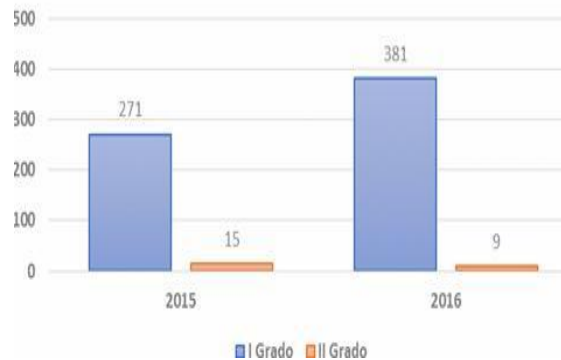
El gráfico 4 justifica la disminución de las consultas ejecutadas en los cuerpos de guardia de la Atención Primaria de Salud, reportando una diferencia entre los años estudiados de 15 mil 113 consultas menos.

Todo lo contrario a las consultas en el cuerpo de guardia, los ingresos domiciliarios ascendieron en mil 703 durante el 2016 al compararlo en igual periodo de tiempo con el año 2015.



**Gráfico 4.** Consultas realizadas en Cuerpo de Guardia e ingresos domiciliarios. Granma, 2015-2016.

En el gráfico 5 se visibiliza el aumento de los graduados de especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, al tomar como referencia de impacto el año 2016 con 110 médicos más; inversamente a este resultado la promoción de especialistas al escalón de mayor madures profesional (Segundo Grado) disminuyó en seis profesionales.



**Gráfico 5.** Formación de especialistas en Medicina General Integral. Granma, 2015-2016.

## Discusión

La consulta es una actividad del encuentro y comunicación entre el paciente y su familia con el equipo básico de salud para el conocimiento y solución de los problemas identificados, y puede ser programada o a demanda.<sup>(3)</sup>

La provincia ha crecido con calidad, en la atención médica si se tiene en cuenta la cantidad de consultas realizadas en el Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia (CMF) a los individuos, y como referencia del avance se contracta con un estudio realizado por Gallardo y colaboradores,<sup>(8)</sup> en la propia provincia en los años 2010 y 2011. A juicio de los autores influyó la madures en las acciones implementadas por las transformaciones del sistema. El reordenamiento de los servicios en el primer nivel de atención provocó la visita planificada y ordenada al CMF por parte de los miembros de las familias, elemento rescatado del Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

No obstante, los municipios de Rio Cauto, Jiguaní y Pílon disminuyen en ambos indicadores. Se evaluaron las causas con los decisores asistenciales y se tomaron estrategias de trabajo de control estadístico por las instancias superiores.

Se discrepa con Skeen y coautora,<sup>(9)</sup> en una investigación realizada en el municipio Plaza de la Revolución en La Habana sobre la asistencia de la población a los servicios médicos.

Durante los últimos 50 años el laboratorio clínico ha experimentado un auge en el aumento de las pruebas disponibles para arribar a diagnósticos, pronósticos, indicar o modificar tratamientos o indicar nuevas pruebas o procedimientos, ofreciéndole a cualquier prueba la relevancia médica que debe tener, pero en ocasiones no de la mejor manera.<sup>(10)</sup>

Todos los policlínicos de la provincia cuentan con servicios de laboratorio clínico y microbiológico con un trabajo sostenido en la resolutivez de los problemas.

En el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba citado por Espinosa Brito,<sup>(11)</sup> se insistió, que las autoridades de salud y del país, promovieran el empleo correcto del método clínico en la atención de los pacientes, "de manera que contribuya al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades". Los investigadores justifican a punto de partida de la aplicación del método clínico y control del mismo por los decisores provinciales se disminuyó en las determinaciones realizadas.

Demostrando, con los resultados que se evidencian en esta investigación, el correcto uso del método clínico por los facultativos en la APS. Esta variable constituye una brecha de control permanente por funcionarios del Sector, al no comportarse de manera satisfactoria al ritmo de las transformaciones del sistema durante la tercera etapa de implementadas.

Constituye una de las ventajas en la APS la excelente selección que se consolida al conseguir un menor uso de especialistas y de urgencias.<sup>(12)</sup>

En la carpeta metodológica de la Atención Primaria de Salud citada por Morgado y colaboradores,<sup>(13)</sup> declara que el desarrollo y extensión del modelo de atención a lo largo de todo el país unido a las necesidades que surgían en los individuos y las familias de las comunidades contribuyeron a que muchas de estas técnicas se fueran sistematizando, como es el ingreso en el hogar, a este coadyuvó además el que apareciera el programa del médico, la enfermera, el policlínico y el hospital, haciéndose orientaciones referentes a su uso y a la necesidad de tener en cuenta las características del paciente, la enfermedad, la familia y la comunidad en el momento de decidir o no la pertinencia de su aplicación.

Coincidiendo con Puchi Gomez,<sup>(14)</sup> como alternativa asistencial que consistió en dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Y de esta forma disminuyeron los indicadores económicos y asistenciales de los hospitales bases e la provincia.

La especialidad de Medicina General Integral ha transitado 4 programas de formación, en correspondencia con el perfil del egresado y los escenarios de formación. El primer programa formativo de la especialidad comenzó en el año 1985 y contemplaba una duración de 3 años, de los cuales uno era de familiarización. La segunda versión del programa se establece en el año 1990, con igual tiempo de formación, adoptó el sistema modular. Se estableció el enfoque integral y multidisciplinario. Entre 1999-2000 se edita la tercera versión, que mantiene la formación en 3 años, se elimina el sistema de habilidades. Las acciones de promoción, prevención y rehabilitación se incluyen de forma

específica en cada enfermedad. En el año 2004 se produce un nuevo cambio en el programa (cuarta versión) el cual se mantiene vigente. Reduce el tiempo de formación a 2 años. Se introduce una nueva función: Funciones especiales, en el perfil profesional, declarándose 61 habilidades específicas.<sup>(15)</sup>

La especialidad de Segundo Grado, considerada en las universidades de ciencias médicas como una fase cualitativa superior en la preparación de sus especialistas, se les otorga a aquellos cuya trayectoria científica, investigativa y de superación los distinga del resto de los profesionales.<sup>(16)</sup> En la que aún quedan brechas en Granma para llegar a cumplir las demandas que el propio sistema provincial demanda.

Estos son datos que fluctúan según los años académicos motivado por las matriculas y las canteras de profesionales para optar por los grados primero y segundo de la especialidad de MGI respectivamente. Además, existió insuficiente planificación y control de los planes de desarrollos individuales por los jefes inmediatos de los profesionales que le correspondían promover.

Los autores reflexionan que lo que hasta aquí alcanzado no constituye satisfacción alguna, solo forma parte de una evaluación parcial de lo realizado en la APS durante los años 2015-2016 y, coinciden con lo expresado por el Ministro de Salud Pública,<sup>(17)</sup> en el Acto de Celebración por el 35 Aniversario del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en Cuba cuando dijo: “Los avances actuales del Sistema Nacional de Salud, requieren seguir perfeccionando el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, con el objetivo de continuar elevando la calidad de los servicios, y con ello, los indicadores de salud y el estado de satisfacción de la población cubana; no podemos olvidar que este programa se erige como eje estratégico de desarrollo y componente fundamental de la sostenibilidad del propio sistema”.

## **Conclusiones**

Se socializaron indicadores medibles producto de acciones implementadas por las transformaciones del sistema nacional de salud que muestran impacto positivo de la Medicina Familiar. Crecieron las consultas realizadas en la Atención Primaria de Salud y por los MGI demostrando reorganización de los servicios. Aumentaron las determinaciones realizadas en el laboratorio microbiológico y los estudios imagenológicos fundamentalmente ultrasonidos. Decrecieron las consultas en los cuerpos de guardia, aumentaron los ingresos domiciliarios y los recursos humanos especializados en Primer Grado de Medicina General Integral.

### Referencias bibliográficas

1. Alemañ E, Díaz-Perera G. Family medicine in Cuba. Medwave 2013; 13(3): e5634.
2. 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; 42: e31.
3. Márquez M, Sansó Soberat FJ, Alonso Galbán P. Medicina General. Medicina Familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.
4. Barbosa León N. La medicina familiar en Cuba, un logro de la Revolución. En: Granma [Internet] 2018 [citado 2019/1/09]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-06-28/la-medicina-familiar-en-cuba-un-logro-de-la-revolucion-28-06-2018-16-06-15>
5. Presno Labrador C, González Cárdenas L. Medicina familiar en Cuba: comienzo, presente y futuro. Rev Atención Primaria 2007; 39(5): 221-276.
6. Castell-Florit Serrate Pastor, Gispert Abreu Estela de los Ángeles, Lozano Lefrán Anabel. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2019/1/08]; 41(Suppl 1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es)

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 Pública*. 2018; 42: e25.
8. Gallardo-Sánchez Y, García-Rodríguez E, Núñez-Ramírez L. La Medicina Familiar en Granma: logros y perspectivas. *MULTIMED* 2012; 16(3): 553-563.
9. Skeen González MM, Zabala Arguelles MC. Opiniones y valoraciones de la población sobre las transformaciones del Sistema de Atención Primaria de Salud Pública. *Estudios del Desarrollo Social* 2018; 6(2): 104-131.
10. Escobar Carmona E. Los exámenes de Laboratorio Clínico en el siglo XXI: ¿a favor o en contra del método clínico? *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2010 [citado 2019/1/9]; 12(3). Disponible en: <http://www.revgmepirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1546>
11. Espinosa Brito AD. Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico. *Rev Cubana Med* 2017; 56(2): 150-154.
12. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Méd Peruana* 2013; 30(1): 42-47.
13. Morgado Bode YL, Ramos Carménate Ál, Yusdani Pérez Castellanos YP, Consuegra Valle A, Hernández Díaz M. Comportamiento de las Orientaciones Metodológicas del Ingreso en el Hogar. *Gac Méd Espirit* [Internet]. 2006 [citado 2019/1/10]; 8(2). Disponible en: <http://revgmepirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1489/html>
14. Puchi-Gómez C, Paravic-Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. *Aquichan* 2018; 18(2): 186-197.
15. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de evaluación de residentes de Medicina General Integral. *Educ Med Super* 2015; 29(3): 608-616.
16. Oropesa Molerio MR, Guevara de León T, Endo Milán JY. Second degree: A Challenge for the specialty of Comprehensive General Medicine. *EDUMECENTRO* 2017; 9(1): 264-270.

17. INFOMED. Intervención del Ministro de Salud Pública Dr. José Ángel Portal Miranda en la gala conmemorativa por el 35 aniversario de la fundación del programa del médico y enfermera de la familia [Internet]. 2019 [citado 2019/01/10]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/noticia/2019/01/09/reconoce-ministro-de-salud-publica-los-medicos-y-enfermeras-de-la-familia>

#### **Conflicto de intereses**

Los autores no declaran conflictos de intereses.