

Estrategia intersectorial para el perfeccionamiento del programa de médico y enfermera de la familia

Intersectoral strategy for the improvement of the family doctor and nurse program

Lilian María Aparicio-Meneses^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4297-7157>

Orlando Hernández-Méndez² <https://orcid.org/0000-0002-9274-5899>

Lázaro García-Leyva² <https://orcid.org/0000-0002-1589-1403>

Yudelis Peña-Rojas² <https://orcid.org/0000-0002-6348-8995>

¹ Universidad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta. Dirección Municipal de Salud las Tunas. Departamento Inspección. Las Tunas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas Zoilo Marinello Vidaurreta. Policlínico Guillermo Tejas Silva. Las Tunas, Cuba.

* Autor para la correspondencia (email): apariciolili70@gmail.com

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 para lo cual la intersectorialidad se ha consolidado como pilar fundamental.

Objetivo: Diseñar y evaluar una estrategia de intervención intersectorial para perfeccionar el programa del médico y la enfermera de la familia.

Métodos: Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención a través de una estrategia intersectorial para perfeccionar el programa del médico y enfermera de la familia, en el período de diciembre de 2019 a diciembre de 2022 en la provincia Las Tunas. El universo estuvo conformado por 867 trabajadores del cual se seleccionó una muestra de 330. Se realizó en cuatro etapas: diagnóstica, de intervención, validación y de evaluación. Se empleó como medida de resumen para variables cualitativas el porcentaje, para la validación estadística de los cambios antes y después la prueba de Mc Nemar y para la validación teórica de la estrategia intersectorial se utilizó la matriz de Chanlat.

Resultados: La aplicación de la estrategia mejoró el nivel de conocimientos en los equipos básicos de salud y en los actores sociales, se revitalizaron el 93,5 % de las acciones comunitarias e intersectoriales, se modificó el cuadro de salud en el 89,4 % y se elevó en un 94,1 % el nivel de satisfacción de la comunidad con los servicios prestados por el consultorio médico de la familia. Se demostró que es pertinente la aplicación de la estrategia en la práctica social mediante los resultados de la efectividad esperada.

Conclusiones: La estrategia permitió perfeccionar el programa del médico y enfermera de la familia a través de la puesta en práctica de un programa intersectorial de forma integral, consciente, participativo y sistemático.

DeCS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; MÉDICOS GENERALES; MÉDICOS DE FAMILIA; MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA/normas; ESTRATEGIAS DE SALUD.

ABSTRACT

Introduction: Cuban Family Medicine faces today new challenges for its improvement; this implies strengthening the first level of care to guarantee improvement in the quality of services for which intersectorality has been consolidated as a fundamental pillar.

Objective: To design and to evaluate an intersectoral intervention strategy to improve the program of the family doctor and nurse.

Methods: A quasi-experimental intervention study was carried out through an intersectoral strategy to improve the family doctor and nurse program, from December 2019 to December 2022 in Las Tunas. The universe consisted of 867 workers from which a sample of 330 was selected. It was carried out in four stages: diagnostic, intervention, validation and evaluation. The percentage was used as a summary measure for qualitative variables, for the statistical validation of the changes before and after the Mc Nemar test and for the theoretical validation of the intersectoral strategy the Chanlat matrix was used.

Results: With the application of the strategy, the level of knowledge in the basic health teams and in the social actors was improved, 93.5 % of the community and intersectoral actions were revitalized, modified the health picture in 89.4 % and the level of satisfaction of the community with the services provided by the CMF increased by 94.1 %. It was demonstrated that the application of the strategy in social practice through the results of the expected effectiveness of the strategy.

Conclusions: The strategy made it possible to improve the family doctor and nurse program through the implementation of an intersectoral program in a comprehensive, conscious, participatory and systematic way.

DeCS: PRIMARY HEALTH CARE; GENERAL PRACTITIONERS; PHYSICIANS, FAMILY; FAMILY PRACTICE/ standards; HEALTH STRATEGIES.

Recibido: 01/03/2023

Aprobado: 07/09/2023

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Según Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por Lamrani,⁽¹⁾ el mundo debe seguir el ejemplo de Cuba en este campo y sustituir el modelo curativo, poco eficiente y costoso, por un sistema basado en la prevención.

La idea del Comandante en Jefe Fidel Castro Rúz, de crear un médico diferente y un nuevo especialista, con la finalidad de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción a la población, se materializa en el médico de la familia cuyas ideas fundacionales mantienen plena vigencia y constituyen la base de su conceptualización. Este programa ha sufrido sucesivas transformaciones, motivadas por el contexto siempre cambiante y perdura hasta nuestros días.⁽²⁾

El modelo denominado programa del médico de las 120 Familias, se caracterizó en su concepción por una voluntad política basada en el trabajo en equipo de un médico y una enfermera, que brindarían atención médica integral, dispensarizada y proactiva a un sector de la población y que consideraban a la familia como la unidad principal de atención, aunque también realizaron acciones sobre el individuo y la comunidad.^(2,3)

El primer nivel de atención ha tenido un impacto positivo en indicadores de salud que miden calidad de vida como la tasa de mortalidad infantil, el índice de bajo peso al nacer, la mortalidad materna, las consultas médicas por habitantes y la modificación del cuadro de salud.^(4,5) Hoy se reconoce que la atención primaria de salud contiene los elementos esenciales para guiar la política de salud y muestra de ello lo constituyó la pandemia de COVID-19 que evidenció la validez e importancia del programa del médico y la enfermera de la familia.⁽⁶⁾

No obstante, a los logros alcanzados en estos años, el programa del médico y enfermera de la familia constituye un modelo en desarrollo, susceptible a perfeccionarse para enfrentar los nuevos retos y desafíos contemporáneos donde la intersectorialidad juega un papel preponderante.^(7,8,9)

La intersectorialidad en salud con frecuencia se aplica ante problemas de salud pública críticos, con el fin de inducir una rápida participación social; pero no está generalizada su concepción como un enfoque tecnológico gerencial para la construcción de salud con la participación y el compromiso de todos los implicados, lo que es básico para su arraigo en el plano consciente.⁽¹⁰⁾

A tomar en cuenta estos y otros desafíos sanitarios y sociales del país, se precisa desarrollar una mirada renovada al programa, de modo que permita mejorar la calidad de su funcionamiento y a la vez contribuya al perfeccionamiento del modelo de gestión del Sistema Nacional de Salud, en las nuevas condiciones del país.^(9,10)

En este contexto se enmarca el problema abordado en la investigación, dada la necesidad impostergable de diseñar y evaluar acciones intersectoriales para perfeccionar el programa del médico y la enfermera de la familia en el municipio Las Tunas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención intersectorial con pre y post test, para perfeccionar el programa del médico y la familia en el municipio de Las Tunas, en el período comprendido de diciembre de 2019 a diciembre de 2022.

El universo estuvo conformado por 867 trabajadores vinculados al programa del cual se seleccionó una muestra 330 por muestreo intencional determinada a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Los médicos y enfermeras del equipo básico de Salud del Consultorio Médico de la Familia de la Comunidad (CMF), los profesores miembros del grupo básico de trabajo (GBT) (Obstetra, Pediatra, Especialistas en Medicina Interna, Estomatólogos, Psicólogos, Estadísticas y Técnicos en Higiene y Epidemiología).
- Los cuadros de la atención primaria de salud (director, subdirectores de asistencia médica y social, higiene administrativo, jefes de departamento de docencia, médico general integral (MGI) jefe y Licenciada en Enfermería supervisora de GBT.
- Accedieron de forma voluntaria a colaborar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Los que no desearon continuar en la investigación.

Para la selección definitiva se utilizó el muestreo estratificado polietápico (MEP), cuyo algoritmo se expone a continuación:

Estrato I: Conformado por los policlínicos del municipio: Manuel Fajardo, Aquiles Espinosa Salgado, Gustavo Aldereguia Lima, Guillermo Tejas Silva y Alberto Arcos Luque.

Estrato II: Se seleccionaron al azar los siguientes: policlínicos Manuel Fajardo, Gustavo Aldereguia Lima y Guillermo Tejas Silva.

Estrato III: Selección de los conglomerados, (grupo básico 1 y se escogió al azar el 50 % de los consultorios médicos del GBT, quedando 25).

Estrato IV: Se seleccionaron las unidades de análisis dentro de cada conglomerado (100 médicos, 97 enfermeras, 32 cuadros, 21 profesores de GBT y otros 70).

Etapas de la investigación:

Primera etapa: Fase de diagnóstico.

Segunda etapa: Fase de diseño de la estrategia.

Tercera etapa: Fase de validación por expertos de la estrategia.

Cuarta etapa: Fase de evaluación de la estrategia.

Primera etapa (Diagnóstico):

Se identificó de las debilidades en el conocimiento de los actuantes del PMEF, sobre la intersectorialidad como herramienta para el perfeccionamiento del programa del médico y enfermera de la familia (PMEF).

El cuestionario utilizado fue creado por los investigadores sustentados en una amplia revisión sobre el tema, para la validación del contenido, fueron sometidos al criterio de expertos, mediante la metodología Delphi citada Cruz y Rúa.⁽¹¹⁾

Para elaborar el cuestionario para evaluar los conocimientos se tuvo en cuenta los procedimientos para construir un instrumento de medición a través de preguntas cerradas dicotómicas (adecuada o inadecuada), el mismo constó de cinco preguntas con diez incisos.

Se consideró adecuado (A) cuando 70 % o más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su cuestionario. Asimismo, se evaluó como inadecuada cuando menos de 70 % de sus evaluados resultó aprobado.

Se evaluaron los siguientes indicadores antes y después de la aplicación del programa de intervención con las mismas condiciones:

1. Nivel de conocimientos de los profesionales sobre la intersectorialidad en el PMEF.
2. Participación de los EBS en las actividades comunitarias.
3. Modificaciones del cuadro de salud de la población.
4. Nivel de satisfacción de la comunidad.

La evaluación fue considerada en:

- Adecuada: Más del 85 % de los aspectos positivos.
- No adecuada: 84 % o menos de los aspectos positivos.

Segunda etapa (Elaboración de la estrategia intersectorial):

La estrategia intersectorial fue liderada por los autores de la investigación e incluyó a trabajadores de salud, pertenecientes a la atención primaria y actores sociales que incluyeron presidentes de consejos populares, delegados, líderes formales e informales y representantes de otros sectores. Para ello fue creado un equipo técnico y uno de actores sociales.

Para el equipo técnico se seleccionó una muestra de especialistas que compartían características comunes. En orden de prioridad: experiencia de dirección, categoría docente, doctores en ciencia, especialistas de segundo grado, que tuvieran al menos 10 años de experiencia profesional, con disposición a participar en la investigación.

Fueron seleccionados los actores sociales, se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: posición, interés y grado de influencia con relación al tema de investigación.

Para diseñar la estrategia se realizó el análisis causa-efecto de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación, que consistió en insuficientes conocimientos del equipo técnico y actores sociales sobre la utilización de la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud.

Se creó un grupo nominal compuesto por el equipo técnico y los actores sociales para obtener información acerca posibles soluciones a tener en cuenta, dentro de las cuales se incluyen diseño e implementación de un programa de capacitación permanente dirigido a los equipos básicos de salud y a los actores sociales, revitalización de los consejos por la salud, de los grupos comunitarios, los dúos focales, facilitadores, promotores y brigadistas sanitarias, la discusión de los análisis de situación de salud con la comunidad para la solución de los problemas.

Tercera etapa (Validación teórica de la estrategia intersectorial):

Para la validación teórica de la estrategia se utilizó el criterio de expertos mediante el método Delphi. Los expertos se autoevaluaron en el tema de intersectorialidad. Para ello se calculó el coeficiente de competencia (K).

Se consideró el coeficiente de competencia en cuanto a:

Si $0,8 < K < 1,0$; el coeficiente de competencia es alto.

Si $0,5 < K < 0,8$; el coeficiente de competencia es medio.

Si $K < 0,5$; el coeficiente de competencia es bajo.

El criterio de los expertos fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel alto.

Se seleccionaron 12, al tener en cuenta su nivel de competencia.

Validación teórica de la estrategia intersectorial: se utilizó la matriz de Chanlat se tuvo en cuenta el análisis de las siguientes variables: el impacto, la funcionalidad y las oportunidades que brinda la misma, lo cual se expresa en el grado que tiene para su aplicación y generalización.

Para determinar la efectividad esperada de la estrategia (EEE) se utilizó la siguiente expresión (Fórmula 1):

$$EEE = \frac{I \times F \times O}{100}$$

Donde:

I- Impacto.

F- Funcionalidad.

O- Oportunidad.

Se tomó en consideración la tabla siguiente:

- Si EEE es mayor o igual de 8, la estrategia se considera fuerte.
- Si EEE está entre 5 y 7, la estrategia se considera medio.
- Si EEE es menor que 5, la estrategia se considera débil.

La evaluación de la efectividad esperada de la estrategia (EEE) según matriz Chanlat, mostró una ponderación promedio de 9,4, siendo mayor para la variable impacto con 9,7. La opinión de los expertos definió pertinente la aplicación en la práctica social de la estrategia, por su contribución al logro de los objetivos, por satisfacer las necesidades para lo que fue creada, por su funcionabilidad, aceptación esperada, factibilidad y apoyo de la comunidad y otros sectores esperado.

Cuarta etapa (Fase de evaluación de la estrategia):

Para la evaluación de los cambios antes y después de aplicada la intervención se utilizó la prueba de Mc Nemar. Se empleó un nivel de significación de $\alpha=0,05$; identificando la existencia de diferencias más allá del azar por un valor de probabilidad (valor de p).

Técnicas y procedimientos:

La información se procesó de forma automatizada en una computadora, mediante la aplicación del sistema estadístico SPSS/PC; versión 21.0.

Para el desarrollo de la investigación se siguieron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, promulgados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.⁽¹²⁾

Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que participaron en el estudio. El desarrollo de la investigación contó con la aprobación del Comité de ética de la investigación del Consejo Científico de la Dirección Municipal de Salud de Las Tunas.

RESULTADOS

El equipo técnico para la construcción de la estrategia estuvo conformado por 12 miembros con más de 10 años de experiencia profesional, cinco de ellos Máster en Ciencias (41,6 %), seis Especialistas de Segundo Grado (50 %) y seis Especialistas de Primer Grado (50 %). El 50 % ostentaban la categoría docente de Profesor Auxiliar y el 50 % de Asistente.

Fueron seleccionados 13 actores sociales, representados por delegados, presidentes de consejos populares, representantes de la comunidad, de las organizaciones de masas y otros sectores.

Los conocimientos de los profesionales antes y después de aplicado el cuestionario, la cual resultó estadísticamente significativa con un valor de $p=0,001$. Esto indica que los conocimientos se obtuvieron debido a la intervención.

El análisis permite inferir que antes de la intervención, 190 profesionales (57,5 %) tenían conocimientos inadecuados sobre estos temas, después de la misma 176 (92,5 %) de éstos, elevaron los conocimientos. En lo concerniente a los actores sociales después de la estrategia el 90,9 % alcanzaron conocimientos adecuados (Tabla 1).

Tabla 1 Evaluación del nivel de conocimientos antes y después de aplicada la estrategia intersectorial

Antes	Categoría Nivel de conocimientos EBS	Después				Total	
		Inadecuado No.	%	Adecuado No.	%	No.	%
	Inadecuado	14	7,5	176	92,5	190	57,4
	Adecuado	14	10	126	90	140	42,6
	Sub Total	28	8,5	302	91,5	330	100
Antes	Categoría Nivel de conocimientos Actores Sociales	Después				Total	
		Inadecuado No.	%	Adecuado No.	%	No.	%
	Inadecuado	1	9,09	10	90,9	11	84,6
	Adecuado	1	50	1	50	2	15,4
	Sub Total	2	15,4	11	84,6	13	100

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar $p<0,001$

La participación de los EBS en las actividades comunitarias antes y después de aplicada la estrategia intersectorial resultó una estadística significativa con un valor de $p=0,001$.

Antes de la intervención el 66,6 % (tres) de los policlinicos no tenían consejo local por la salud, el 92 % de los equipos básicos de salud dado por 23, no participaban en los grupos de trabajo comunitarios y 19 para un 76 % no formaban brigadistas sanitarias ni facilitadores de salud. Luego de aplicada la estrategia los indicadores muestran resultados del (100, 91,3 y 89,4 %) respectivamente, con un promedio de 93,5 % de participación en actividades comunitarias (Tabla 2).

Tabla 2 Participación de los EBS en las actividades comunitarias antes y después de aplicada la estrategia intersectorial

Categoría	Después				Total	
	Inadecuado		Adecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Consejo Local por la Salud						
Inadecuados	0	0	2	100	2	66,6
Adecuados	0	0	1	100	1	33,4
Subtotal.	0	0	3	100	3	100
Antes						
Categoría	Después				Total	
	Inadecuado		Adecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Reunión grupos comunitarios						
Inadecuados	2	8,7	21	91,3	23	92
Adecuados	1	50	1	50	2	8
Subtotal	3	12	22	88	25	100
Formación de brigadistas sanitarias y facilitadores de salud						
	Después				Total	
	Inadecuado		Adecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Inadecuados	2	10,5	17	89,4	19	76
Adecuado	1	9,5	5	10,6	6	24
Subtotal	3	12	22	88	25	100

Fuente: Cuestionario.

× 93,5 %

Prueba de McNemar $p < 0,001$

La evaluación de los consultorios con modificaciones del cuadro de salud de la población antes y después de aplicado el programa resume que antes 19 (76 %) CMF presentaban un cuadro de salud inadecuado y de estos se modificaron 17 (89,4 %). Resultados que demuestran una asociación estadísticamente significativa entre la intervención y los resultados con un valor de $p = 0,001$ (Tabla 3).

Tabla 3 Evaluación de CMF con modificaciones del cuadro de salud de la población antes y después de aplicada la estrategia de intersectorialidad

Antes	Cuadro de salud	Después				Total	
		Inadecuado		Adecuado		No.	%
		No.	%	No.	%	No.	%
	Inadecuado	2	10,6	17	89,4	19	76
	Adecuado	1	16,7	5	83,3	6	24
	Sub Total	3	12	22	88	25	100

Fuente: Departamento de Higiene. Prueba de McNemar $p < 0,001$

La evaluación del nivel de satisfacción de la comunidad con los servicios prestados por el CMF antes y después de aplicada la estrategia de intersectorialidad resume que antes 17 (68 %) CMF presentaban algún nivel de insatisfacción con los servicios prestados y de estos se modificaron 16 (94,1%). Resultados que demuestran una asociación estadísticamente significativa entre la intervención y los resultados con un valor de $p=0,001$ (Tabla 4).

Tabla 4 Evaluación del nivel de satisfacción de la comunidad con los servicios prestados por el CMF antes y después de aplicada la estrategia de intersectorialidad

Antes	Cuadro de salud	Después				Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
	Inadecuado	1	5,9	16	94,1	17	68
	Adecuado	1	12,5	7	87,5	8	32
	Sub Total	2	8	23	92	25	100

Fuente: Departamento de Higiene. Prueba de McNemar $p<0,001$

DISCUSIÓN

En Cuba el programa del médico y la enfermera de la familia ha constituido un ejemplo a seguir en todas las latitudes y ha garantizado el cumplimiento de su encargo social, implementando un grupo de programas destinados a lograr un estado de salud en la población que se corresponda con la prioridad y voluntad política establecida en el país.^(13,14)

La labor desarrollada por los equipos básicos de salud ha permitido alcanzar resultados superiores en el estado de salud de la población cubana por lo que la educación permanente de los EBS, profesores, cuadros y actores comunitarios constituye piedra angular para desarrollar los procesos de la atención primaria de salud con calidad.^(15,16)

Relacionado con el desconocimiento antes de la intervención, Beltrán et al.⁽¹⁶⁾ demostraron que muchas veces la presión asistencial del médico de la familia y sus profesores interviene en la génesis del desconocimiento y en la calidad de los documentos rectores, poniendo en riesgo de vulnerabilidad al EBS, resultados similares a los del estudio.

Cuba et al.,⁽¹⁸⁾ en investigación realizada en Perú, plantean que la especialidad en medicina familiar no es un requisito para que los médicos laboren en el primer nivel de atención por lo que la mayor parte de ellos no cuenta con este entrenamiento de postgrado, condición muy diferente ocurre en la 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, sin embargo, algunos temas como la intersectorialidad necesitan de entrenamiento en la práctica.^(18,19)

La participación dinámica de los profesionales y los actores sociales en las capacitaciones recibidas, condicionaron los resultados obtenidos luego de la aplicación del programa. En este contexto es

posible, en la medida que estos accedieron de manera sistemática a los conocimientos logrados pueden aplicarlos en la toma de decisiones y en generar alternativas de solución frente a su realidad concreta relacionado con los problemas encontrados en los ASS.⁽¹⁹⁾

Las insatisfacciones con los EBS a inicios estuvieron relacionadas con inestabilidad del médico y la enfermera de la familia. Posterior a la aplicación de la estrategia se evidencia capacidad resolutive que incluyó contar con equipos interdisciplinarios de salud capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas.

Además los cambios inherentes a la estrategia se dirigen hacia tener un equipo de salud y una comunidad que cuente con las capacidades para actuar de manera intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, para actuar junto 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, para sostener una relación cercana, fluida, con pertinencia y permanente con las comunidades en su contexto territorial.^(18,19)

Desde esta perspectiva según criterio de los autores a través del sistema integrado de acciones se mejora en los EBS la motivación, comunicación y relaciones interpersonales, apoyo comunitario en la solución de los problemas.

Resulta obvio que la puesta en marcha de políticas públicas saludables, utilizando herramientas aceptables, democráticas y adecuadas a la sociedad garantizan la defensa de la salud y el trabajo por una mayor calidad, propiciando de esta forma la introducción de enfoques participativos en la coordinación intersectorial, que garantizaron el liderazgo diversificado y la toma de decisiones compartidas.⁽²⁰⁾

CONCLUSIONES

La estrategia intersectorial permitió perfeccionar el programa del médico y enfermera de la familia a través de la puesta en práctica de un programa intersectorial de forma integral, consciente, participativa y sistemática, al lograr factibilidad en los indicadores de resultados del programa, así como impacto comunitario y social al lograr empoderamiento comunitario para la solución de los problemas con mejoramiento en el cuadro de salud por lo que se considera pertinente su aplicación en la práctica social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lamrani S. Cuba, un modelo según la Organización Mundial de la Salud. La pupila insomne [Internet]. La Habana: La pupila insomne; 2014 [citado 23 Abr 2022]. Disponible en:

<http://revistaamc.sld.cu/>

<http://lapupilainsomne.jovenclub.cu/?p=44442>

2. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011 [citado 23 Abr 2022]. Disponible en:

https://instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2019/11/programa_med_enf_completo.pdf

3. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev cuba salud pública [Internet]. 2017 Jul-Sep [citado 23 Abr 2022];43(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011

4. González Vega SM, Lorenzo González BC, Cabrera Fernández SM, Castillo Ramírez L, Corratgé Delgado H, Reitor Landrian LA. Impacto del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en su 35 Aniversario. INFODIR [Internet]. 2020 [citado 26 May 2022];33. Disponible en:

<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/966>

5. Gallardo Sánchez Y, Yero Quesada Y, Núñez Ramírez L, Sosa García D, Saborit Corría E. Impacto de la Medicina Familiar en Granma durante los años 2015-2016. Multimed [Internet]. 2019 Jul-Ago [citado 13 Abr 2022];23(4). Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1287/1572>

6. Mirabal Requena JC, Álvarez Escobar B, Naranjo Hernández Y, Valdés Álvarez V, Saenz Martínez LM. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores contra la COVID-19 en la comunidad. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2020 [citado 04 Ene 2022];15(3):52-7. Disponible en:

https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1300/pdf_416

7. 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 [Internet]. 2018 [citado 23 Abr 2022];42:e31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386125/>

8. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 30 Ene 2022]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>

9. Oficina Nacional de Estadística e Información. La esperanza de vida. 2011-2013 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2014 [citado 30 Ene 2022]. Disponible en:

<https://www.lifetable.de/File/GetDocument/data/CUB/CUB011020112013AU1.pdf>

10. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales Como contexto para la acción en salud pública. Rev cuba Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 14 Ene 2023];44(3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1214/1103>

11. Cruz Ramírez M, Rúa Vásquez JA. Surgimiento y desarrollo del método Delphi: una perspectiva cuantitativa. Biblios [Internet]. 2018 Abr-Jun [citado 07 Ene 2022];71. Disponible en:

<http://revistaamc.sld.cu/>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1562-47302018000200007

12. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para la investigación en seres humanos [Internet]. Francia: AMM; 2017 [citado 12 Feb 2022]. Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

13. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 Dic 2022];42:e104. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49471/v42e1042018.pdf?sequence=5>

14. Geroy Fernández A, Fernández Vidal A, Núñez Herrera A, López Otero T. La visita integral a la familia. Guía metodológica para su ejecución. Medisur [Internet]. 2019 Oct [citado 27 May 22];17(5).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000500664

15. 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 primaria de salud. Edumecentro [Internet]. 2018 Jul-Sep [citado 12 Feb 2022];10(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300007

16. Beltrán González BM, Ruiz Iglesias M, Grau Ábalo R, Álvarez León I. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev cuba Salud Pública [Internet]. 2007 Abr-Jun [citado 25 Nov 2021];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200007

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200007

17. Sanabria Ramos G, Pupo Ávila N, Pérez Parra S, Ochoa Soto R, Carvajal Rodríguez C, Fernandez Nieves Y. Seis décadas de avances y retos para la promoción de la salud en Cuba. Rev cuba Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 25 Nov 2021];44(3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1453/1101>

18. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Domínguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. An Fac med [Internet]. 2018 [citado 25de Nov 2021];79(4):346-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf>

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a13v79n4.pdf>

19. Osorio Serrano M, Trueba Sánchez O, Hidalgo García Y, Santiesteban Velázquez AM, Torres reyes L. Evaluación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Policlínico Alex Urquiola Marrero, Holguín, Cuba. Correo cient méd [Internet]. 2021 [citado 27 May 2022];25(4). Disponible en:

<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3684/2002>

20. 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

<http://revistaamc.sld.cu/>

su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 25 Dic 2021];42:e25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385798/>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Lilian María Aparicio-Meneses (Conceptualización. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Supervisión. Validación. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción revisión y edición).

Orlando Hernández-Méndez (Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Validación. Visualización. Redacción-borrador original).

Lázaro García-Leyva (Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Validación. Visualización. Redacción-borrador original).

Yudelis Peña-Rojas (Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. Validación. Visualización).