

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### **La prevención del abuso sexual en la concepción comunitaria en los modelos de salud cubanos**

### **The prevention of sexual abuse in the community taking into account concepts of health models in Cuba**

Lic. Liubal Noa Salvazán<sup>1</sup>, Dra. Yoasmy Creagh Almiñán<sup>2</sup>, Lic. Hilda Lidia Iznaga Brooks<sup>3</sup>, Dr. Pablo López Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo. Cuba

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Oftalmología. Máster en Longevidad satisfactoria. Asistente. Hospital General Docente "Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

<sup>3</sup> Licenciada en Gestión de Información en Salud. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

<sup>4</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López". Guantánamo. Cuba

---

## RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los antecedentes históricos de la concepción comunitaria de los modelos de salud cubanos, con el objetivo de identificar la existencia de una concepción psicopedagógica desde la formación inicial del médico general para su ejercicio en la atención primaria de salud en Cuba, desde sus inicios y hasta la actualidad, a través del método histórico-lógico y la revisión bibliográfica. Se realiza el trabajo desde la concepción de la atención ambulatoria del facultativo de semana de 1825 hasta el modelo del médico y la enfermera de la familia de 1984, vigente hasta la actualidad. Las informaciones se utilizaron como base teórica para desarrollar críticas y reflexiones sobre el devenir de los modelos salubristas cubanos en las diferentes asignaturas de la disciplina Medicina General Integral (MGI).

**Palabras clave:** modelos de salud pública, atención comunitaria, integral y curativa, médico y enfermera de la familia, medicina familiar

---

## **ABSTRACT**

A bibliographical review was performed on historical background taking into account concepts of community health models in Cuba, with the aim of identifying the existence of psycho pedagogic conception from medical initial training to doctors for their exercises in primary health care in Cuba, from its beginnings to the present, through the methodological, historical and bibliographical review. This work is done from the conception of the physician in outpatient care by week of 1825 to the standard of medical and family nurse 1984, in force until today. The information is used as theoretical base for developing reviews and reflections on the evolution of Cuban health specialists in the different subjects of the discipline General Integral Medicine (MGI).

**Keywords:** models of public health, community care, comprehensive and curative attention, medical and family nurse, family medicine.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Todo proceso humano que implique "(...) aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de enfermedad" ha sido resultado de una estructura económico-social en un momento histórico determinado de cualquier sociedad. La sociedad cubana no escapa a esta realidad, así en el periodo prerrevolucionario, de la Cuba de antes de 1959, respondía, como ha de suponerse, al carácter de esa época y consiguientemente a la dinámica de su base económica y superestructura correspondiente.

Para el análisis de los antecedentes históricos de la actual concepción de la salud pública cubana, se debe partir desde la atención médica ambulatoria, creados por los gobiernos de la etapa colonial y los de la pseudo-república, aunque los mismos no respondían a una visión equitativa en cuanto a posibilidades de atención médica para todos los sectores de la población, permitían, como "obra de caridad" auxiliar las

necesidades perentorias de salud de los extractos más humildes de la población, constituidas por los llamados pobres de solemnidad.

Estas acciones médicas se remontan a "1825 (bautizadas) con el nombre de Facultativo de Semana o médico de guardia, que fue sustituido parcialmente en 1871 por el de Casas de Socorro. Este último, con algunas modificaciones, se mantuvo vigente hasta el triunfo revolucionario en 1959".

Durante este periodo realmente no se puede pensar en la idea de la existencia de acciones preventivas o asistenciales que respondieran a un programa médico dirigido a la atención del abuso sexual en la adolescencia. Hablamos de la situación salubrista de la Cuba colonial, cuyas disposiciones en todos los sentidos, incluyendo las atenciones de la salud dependían de lo dictado por la metrópolis española o por las autoridades militares de la isla.

## **DESARROLLO**

Con el triunfo de la Revolución Socialista Cubana, desde sus primeros años, se producen cambios radicales en el sistema nacional; cambios en la salud estatal, en el mutualismo y en la medicina privada, para constituirse el país en el primer sistema nacional de salud, en el hemisferio occidental, con la particularidad de ser único y socialista, vigente hasta la actualidad.

Solo desde esa unicidad y su carácter esencialmente socialista se podía lograr conformar tal sistema. Para el año de 1964, surge el verdadero primer modelo de atención primario de salud, que se nombró, Policlínico Integral Preventivo Curativo.

Antes, en el período de 1959 al 1964 se realizaron cambios al modelo de casas de socorro que sentaron las bases para arribar a la constitución del policlínico integral preventivo curativo, con resultados cualitativamente superiores desde el punto de vista organizativo y asistencial.

En esos cuatro años, "Como primer paso para extender la atención médica ambulatoria a los habitantes de las zonas más apartadas del país se promulgó la Ley No. 100 de 23 de febrero de 1959, que creó el Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesino del Ejército Rebelde, heredero de la labor asistencial médica ambulatoria que había desarrollado la Sanidad Militar de este cuerpo armado, entre

los pobladores de las zonas montañosas donde se había llevado a cabo la guerra revolucionaria (1956-1958)".

Este momento histórico, caracterizado por una gran efervescencia revolucionaria, hizo posible que un año después se firmara el 22 de enero de 1960 la Ley No. 723 que estableció el Servicio Médico Social Rural, agregándose ese propio año el Servicio Dental Social Rural el 31 de diciembre, por Ley No. 919. Este fue un paso trascendental en la historia de la salud pública cubana en "la primera década del período Revolucionario Socialista, ya que llevó la atención médica y estomatológica a los lugares más apartados del archipiélago cubano, donde nunca había existido".

El Servicio Médico y Dental Social Rural, no constituían un verdadero modelo de atención primaria de salud, no obstante, el trabajo realizado en la atención médica y estomatológica ambulatoria fue muy importante porque además de realizar su labor de asistencia hospitalaria, laboró en la prevención al aplicar vacunas contra la poliomielitis, la tuberculosis pulmonar, la difteria, tétanos y tos ferina y la promoción de salud con técnicas comunicativas como las charlas a mujeres embarazadas, de puericultura y sobre vacunación en escuelas, organizaciones de masas y centros de trabajo.

A pesar de estos pasos de avances en materia de promoción de salud y prevención de enfermedades no podía ser prioridad para la máxima dirección del país y de las autoridades sanitarias la prevención del abuso sexual en la adolescencia, pues sin restarle importancia a su incidencia y prevalencia en la población cubana asociado a males del antiguo sistema social, la realidad epidemiológica obligaba a priorizar las acciones anteriormente relacionadas en el párrafo anterior.

Ya en 1963, existían en el país 192 policlínicos. El 8 de mayo de 1964, en el barrio de la Lisa, municipio de Marianao, se delimitó una extensión territorial de 9 km<sup>2</sup>, a la que se le dio el nombre de área de salud, se realizó un estudio de la situación de salud de la muestra poblacional que vivía en esa área y se elaboró un programa preventivo-curativo que sería ejecutado por un personal debidamente seleccionado. Nació así, el modelo de Policlínico Integral Preventivo-Curativo.

Se ofrecía así, la oportunidad de brindar asistencia médica a los problemas de salud de la época de forma integral, se organizó de manera que las auxiliares de enfermería y los trabajadores sociales realizaran acciones de salud por sectores a una población promedio de 2000 habitantes, mientras el personal médico atendía en el policlínico.

Este modelo dio inicio a la práctica de una medicina integral, preventiva y curativa, ejecutando acciones de salud no solo a las personas sino también a su medio. Estas medidas tuvieron éxito, sobre todo, en la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, diarreicas y respiratorias agudas debido, además, a que las acciones que se programaban se organizaban en forma de programas con marcado enfoque salubrista.

Este hecho, desde un punto de vista fue de gran significación dado que los médicos u otro personal de salud, de forma planificada e intencionada, dejaron de esperar a los pacientes en las instituciones de salud, sino que se acudía en "busca" de los males de la población con garantía de asistencia gratuita y sin distinción de credo, color de la piel u otra condición.

A partir de 1970 comenzó en el país un proceso de rectificación de los errores cometidos en los años precedentes, iniciándose de manera ininterrumpida un proceso de avance en todos los frentes de trabajo de la Revolución, no obstante, debido a la cobertura de salud alcanzada, al incremento del número de instituciones de salud, desarrollo superior que se mostraba en la higiene y la epidemiología, se hacían palpables los cambios favorables en el estado de salud de la población, por lo que de un predominio significativo de entidades transmisibles y de una mortalidad infantil elevada, se pasó a un predominio de enfermedades crónicas.

En este periodo se inaugura el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" y se inicia la formación de médicos en dicho centro, los que indudablemente comienzan a tener en sus planes de estudio la impronta de la visión integral, preventiva y curativa de la salud pública.

Cada salto cualitativo va dejando en claro, como dialéctica de los fenómenos sociales, las insuficiencias del nivel anterior. Todavía quedaban insatisfacciones a pesar de la velocidad de las transformaciones. Por ejemplo, predominaban en este modelo, las acciones curativas o de recuperación de la salud, esto se debía, entre otras razones a que la formación del médico se realizaba en un ámbito hospitalario lo que traía como resultado que se alejara de las problemáticas reales que existían en el nivel primario de atención, que era el espacio donde se debían dar solución a los problemas de salud más acuciantes.

Cuando se realiza el análisis documental relacionado con este periodo, no se encuentran documentos normativos o metodológicos que refieran una prevención en los adolescentes del abuso sexual, con la marcada intención de prepararlos desde el auto-cuidado. Se trabaja más en la

intervención y asistencia de índoles médicas y psicológicas que desde la prevención del hecho.

Por diversas razones, en el mes de Mayo de 1975 y luego de analizar las ventajas, problemas y el futuro desarrollo del modelo, una comisión formada para tales fines, propuso en su informe final la necesidad de transformar determinados métodos y procedimientos que se ejecutaban en la atención ambulatoria de salud y crear otra manera de atención médica primaria. Se daba así el primer paso para la creación del cuarto modelo de atención primaria de salud cubano: el modelo del Policlínico Comunitario o Medicina en la Comunidad.

“Dentro de las ventajas de este modelo se encontraba la de incorporar la docencia de pregrado y postgrado a la atención primaria de salud. El Policlínico Comunitario, además de cumplir las funciones de atención médica integral a la población contribuyó a la formación del estudiante de medicina y de los especialistas en medicina interna, ginecobstetricia y pediatría, lo que elevó de forma sustancial la calidad de la atención primaria de salud”.

Las tareas fundamentales de estos policlínicos comunitarios se encaminaban a implementar los programas básicos del área de salud, los que se imbricaban de manera que permitieran una atención integral no solo a las personas sino también al medio.

En este sentido, todos los programas eran importantes para el logro de los objetivos, pero se pueden destacar, los siguientes: programas de atención a las personas, dentro de él se incluían los programas de atención integral al niño, el de atención integral a la mujer, de atención integral al adulto, de atención integral estomatológica y el de control epidemiológico. Programas de atención al medio ambiente, en este se incluyen los programas de higiene urbana y rural, de higiene de los alimentos y el de medicina del trabajo y el programa docente y de investigación.

Estos programas se ponían en práctica por los médicos de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecobstetricia y una enfermera, además de los profesionales y técnicos de las mismas especialidades. Todos se agrupaban en los llamados equipos primarios horizontales ocupados de la atención de los habitantes de su sector correspondiente. Esta forma organizativa de atención primaria de salud permitió una verdadera atención médica integral a la población.

En el propio año de 1975 se celebró la 28ª Asamblea Mundial de la Salud, en ella quedó clara la concepción de la medicina comunitaria, por

la garantía de lograr una atención médica integral. Se fijaron compromisos bajo el lema "Salud para todos en el año 2000".

Del 6 al 12 de septiembre de 1978, se celebró en la ciudad de Almá-Atá, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajia, hoy Kazajstán. Ha pasado a la historia como la conferencia internacional sobre atención primaria de salud de Almá-Atá.

La declaración final de la conferencia de Almá-Atá fue aprobada unánimemente por los participantes y la misma tiene una gran trascendencia histórica para la salud pública mundial, aunque infelizmente en la mayoría de los países del mundo no se haya cumplido 35 años después de celebrada y 13 años pasados del año 2000, fecha en que debían de estar cumplidas sus aspiraciones.

Cuba es ejemplo en el cumplimiento de la declaración de Almá-Atá, la celebración de la Conferencia "era una ratificación para Cuba de lo acertado del camino escogido para el desarrollo de su salud pública".

La Conferencia de Almá Atá orientó al sistema nacional de salud cubano hacia el logro de planos superiores en la atención primaria de salud. Para el año de 1982 ya existían en Cuba 397 policlínicos, muchos de ellos dotados de servicios de estomatología, lo que hacia más integral la atención que se prestaba a la población, todo ello coadyuvó a elevar la calidad y los indicadores de salud.

El evento de carácter internacional que se denominó "Salud para todos, 25 años de experiencia cubana", demostró como Cuba había logrado ya las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La amplia participación internacional en dicho evento, consolidó el prestigio alcanzado por nuestro país y demostró que estábamos preparados para afrontar nuevos retos para el desarrollo".

A pesar que en 1975 entra en vigor el Código de Familia y en 1978 el de la Niñez y la Juventud, los que aseguran los derechos de la niñez, la juventud y la familia cubana y se enmarca esta etapa, a partir de los cambios ocurridos en el país en lo social y educacional, en la atención a los menores con problemas que afecten el normal desarrollo de su personalidad, se adolece aún, de un modelo sociopsicológico desde la formación inicial del médico general en la prevención del abuso sexual en la adolescencia.

A principio de la década de los '80 se comienza, debido al desarrollo alcanzado en la organización de los procesos de la salud pública, analizar la posibilidad de crear un nuevo modelo de asistencia médica

que diera la posibilidad de dispensar acciones de salud para toda la población, organizada ésta en grupos familiares pequeños.

“En las conclusiones del Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, el 11 de junio de 1982, el Comandante en Jefe, expuso sus criterios sobre la medicina familiar y comenzó desde entonces a dedicar su mayor esfuerzo a desarrollarla en el país”.

Dos años después “en el Claustro Nacional de Profesores de Ciencias Médicas, se tomó el acuerdo de comenzar la formación de especialistas con el nuevo criterio de medicina familiar (...)”.

Los planes de estudios de los especialistas en formación fueron concebidos para que se integrara en su ejercicio médico el trabajo en la comunidad, en el hospital y en el consultorio, combinando los conocimientos de las especialidades básicas de medicina interna, obstetricia-ginecología y pediatría. Todo ello posibilitaría que al culminar los estudios estuvieran en condiciones de llevar a cabo la medicina familiar. Esta concepción fue llamada en lo adelante y hasta la actualidad como “el médico y la enfermera de la familia” y la especialidad fue nombrada Medicina General Integral.

“Las acciones del médico y enfermera de la familia van dirigidas con mucha fuerza a la promoción de salud, la prevención de enfermedades, a tratar de cambiar hábitos y costumbres para obtener, a mediano o largo plazo, más calidad de vida y salud, sin olvidar lo necesario de un diagnóstico precoz, con tratamiento oportuno en el aspecto curativo y en la rehabilitación”.

Estas acciones se ponen en práctica, sobre todo en la prevención de enfermedades en cuatro niveles preventivos: el nivel de prevención primordial, el primario, el secundario y el terciario.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Existe un volumen amplio de programas en los diferentes modelos de atención primaria de salud en Cuba, tanto para la promoción de salud como para la prevención de enfermedades, no obstante en ninguno de ellos se trabaja la prevención del abuso sexual en la adolescencia, realidad que se presenta en el contexto guantanamero y nacional, que presenta una elevada incidencia y prevalencia, además del subregistro que existe debido al estigma, los estereotipos y a un enfoque genérico marcado en la desigualdad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Síntes R. Salud y medicina. En: Medicina general integral. v.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
2. Cabrera Cruz N, Toledo Fernández AM. Los estudios de pesquisa activa en Cuba. Rev Cubana Salud Pú. [Internet]. 2008 Ene.-Mar [citado 21 Oct 2013];34(1):[aprox. 20p. ]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Castro Ruz F. Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Ed. Política. La Habana; 1982.
4. Castro Ruz F. Conclusiones en el Claustro Nacional de Profesores de Ciencias Médicas. La Habana: Imp. Palacio de las Convenciones; 1984.
5. Colectivo de autores. Guía terapéutica para la atención primaria de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
6. Colectivo de autores. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
7. Colectivo de autores. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
8. Cuba. Partido Comunista de Cuba. Primer Congreso. Informe Central. Departamento Orientación Revolucionaria, La Habana, 1975. p. 110-11. citado en Ruiz Hernández J. R. Consolidación del Sistema Único de Salud, 1969-1984. Cuad Hist Salud Pú. [Internet]. [citado 4 Jun. 2013]; (108): [aprox. 10 p.]. Disponible [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_108/hissu108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/hissu108.htm)
9. Delgado García G. Cambio en la atención médica ambulatoria en Cuba de 1959 a 1964. Cuad Hist Salud Pú. [Internet]. 2008 [citado 14 Oct 2013] ;(103): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_103/his06103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_103/his06103.htm)
10. Delgado García G. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Almá -Atá. Cuad Hist Salud Pú. [Internet]. 1978 [citado 4 Jun. 2013]; (103): [aprox. 3 p.]. Disponible [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_103/his06103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_103/his06103.htm)
11. Delgado García G. El Servicio Médico Rural en Cuba. Antecedentes y desarrollo histórico. En: Temas y personalidades de la historia médica cubana. 72. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1987. p. 124-135.
12. Delgado García G. Policlínico integral preventivo curativo. Cuad Hist Salud Pú. [Internet]. 1964 [citado 4 Jun. 2013]; (103): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_103/his06103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_103/his06103.htm)

13. Fernández Sacasa JA. Formación del especialista en la comunidad. En: Medicina en la Comunidad. Serie: Información de Ciencias Médicas No. 23. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1975.
14. Fernández Sacasas JA, Díaz Novás J. Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa Rev Cubana Med Gen Int [Internet]. 2009 Oct.-Dic [citado 21 Oct 2013]; 25(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_25\\_4\\_09/mgisu409.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgisu409.htm)
15. Garber S T. Stedman's Diccionario Práctico de Medicina 1 Ed. Castellana. La Habana: Cultural; s.a. p. 1058.
16. García Salabarría J. La lucha por el mantenimiento y desarrollo de los logros alcanzados (1990-2009). Cuad Hist Salud Púb. [Citado 4 Jun. 2013]; (108): [aprox. 5 p.]. Disponible [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_108/his06103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his06103.htm)
17. Márquez Morales NE. Modelo El Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba. Cuad Hist Salud Púb. [Internet]. [Citado 4 Jun. 2013]; (108): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/his/his\\_108/his06103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his06103.htm)
18. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa Nacional para el control del cáncer. La Habana: MINSAP; 2004.
19. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de atención médica integral a la familia y a la comunidad. La Habana: MINSAP; 2004.
20. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia el Policlínico y el Hospital. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 1988.
21. Ordóñez Carceller C. El Médico de las 120 Familias. Folleto complementario de la asignatura Sociedad y Salud. La Habana: Dpto de M.G.I.; 1984.
22. Ordóñez Carceller C. La Salud Pública en Cuba. Experiencias de un trabajador de la salud. La Habana: Imp. Palacio de las Convenciones; 1995. P.203-209.
23. Rojas Ochoa F. El Policlínico. Serie: Información Técnica (Estadísticas). La Habana: CNICM; 1972.
24. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico: Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). S.l.: Editorial WAS; 2008.
25. Soper F. El concepto de erradicación de las enfermedades transmisibles. Bol Oficina San Pan. 1957 Ene.; 36 (7).

**Recibido:** 13 de noviembre de 2013

**Aprobado:** 18 de febrero de 2014

**Lic. Liubal Noa Salvazán.** Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo. Cuba. **Email:** [liubal@infosol.gtm.sld.cu](mailto:liubal@infosol.gtm.sld.cu)