

El futuro de la atención primaria: elevar el perfil de la profesión de enfermería en Cuba

Conner Gorry

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria fundamental basada en prácticas científicamente válidas y métodos y tecnología socialmente aceptables que se hacen universalmente accesibles para individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación... Ella constituye una parte integral tanto del sistema de salud del país, del cual es la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico general de la comunidad”.

Declaración de Alma-Atá de 1978

La Conferencia Internacional de Alma-Atá sobre la Atención Primaria de Salud marcó un punto decisivo en la salud mundial: un consenso que fue difícil de ganar estableció el servicio de salud como un derecho humano y la atención primaria accesible como fundamental para alcanzar la meta de ‘salud para todos’, y especialmente, para ir cerrando la brecha entre países ricos y pobres. En ese momento, Cuba ya había transformado su propio enfoque de salud, con la adopción de un sistema de salud pública único y universal, mediante el diseño de una atención primaria basada en servicios de salud en la comunidad. Pero justo después de la reunión de Alma-Atá fue que Cuba lanzó su más audaz reforma en la atención primaria de salud: el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Introducido en 1984, el programa se expandió rápidamente, ubicando médicos y enfermeras en los barrios y en las zonas rurales por toda Cuba. Los equipos eran responsables de la salud de una población definida geográficamente y reportaban a un policlínico local. Su tarea era implementar una estrategia de servicios integrados, orientados a la comunidad, con énfasis en la prevención, la promoción de salud, la participación pública y la responsabilidad del paciente.

Casi tres décadas más tarde, los equipos del médico y la enfermera de la familia siguen siendo el fundamento del sistema de atención primaria de la salud de Cuba. Además, mientras muchos observadores se focalizan en la actividad del médico miembro del dúo, es la enfermera de la familia —desde las estrechas calles de la Habana Vieja hasta las montañas de la Sierra Maestra— quien contribuye a la importante continuidad de la atención a las familias y sus barrios con su permanencia en la comunidad a través del tiempo.

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CUBANA

El enfoque de Cuba orientado a la comunidad ha ayudado a la población del país a lograr un estado de salud similar al de los países desarrollados del mundo, al ubicar los servicios cerca de donde los pacientes los necesitan. Este enfoque prioriza las poblaciones vulnerables, se centra en la prevención y en la promoción de salud y proporciona una atención integrada y universal desde el nivel primario hasta el terciario. Como testimonio de la eficacia de la estrategia cubana están los principales indicadores de salud, entre ellos una esperanza de vida al nacer de 78 años,

la mortalidad infantil de 4.5 por cada 1 000 nacidos vivos y solo el 5% con bajo peso al nacer. Cuba ha logrado anticipadamente la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, que incluyen la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, la enseñanza primaria universal, la promoción de la igualdad de géneros y la reducción de la mortalidad infantil.[1,2]

Los servicios de atención primaria en Cuba son proporcionados por los médicos y las enfermeras de familia trabajando en pequeños consultorios ubicados en el barrio. Cada consultorio es responsable de la salud de hasta 1 500 individuos —unas 375 familias. En las zonas remotas y rurales donde el área de influencia incluye menos de 300 personas, los consultorios son dirigidos por una enfermera que posee una maestría en enfermería o tiene nivel de especialista en atención primaria y que es apoyada por el médico más cercano.[3] Es importante señalar que a los médicos recién graduados se les exige hacer su primera residencia en medicina familiar; algunos se mantienen en este terreno, y otros van a una segunda especialidad.

Las clínicas comunitarias son denominadas en Cuba “policlínicos”. Estos constituyen el segundo nivel de atención de servicios integrados de atención primaria. Cada policlínico proporciona apoyo, referencias y el liderazgo a los consultorios del médico y la enfermera de la familia que lo rodean. Los policlínicos cuentan con pediatras, ginecólogos obstetras, internistas, fisioterapeutas y otros especialistas, así como con enfermeros y enfermeras. Ellos cuentan con trabajadores de la salud y tecnología apropiados para proporcionar servicios tales como imagenología, laboratorio clínico, endoscopia, ultrasonido y a veces incluyen servicios de estomatología. Cada policlínico presta servicio en el barrio a entre 40 y 60 consultorios del médico y la enfermera de la familia, con una cobertura de población de 20 000 a 60 000 personas.

Mantener la coordinación eficiente entre los consultorios y el personal del policlínico, mientras se garantiza la atención adaptada al cuadro de salud de cada comunidad, puede ser un reto. Un mecanismo para maximizar las sinergias entre estos proveedores de atención primaria, también utilizado para evaluar tanto el rendimiento organizacional como el de los profesionales de salud, es el grupo básico de trabajo (GBT). Centrado en los policlínicos, los GBT supervisan el trabajo de los médicos y las enfermeras de la familia, y proporcionan el vínculo entre ellos y otros servicios especializados, así como con la comunidad. Cada grupo básico está compuesto por un equipo integrado por jefe de equipo, enfermero supervisor, internista, pediatra, ginecólogo obstetra, psicólogo y estadístico. En dependencia del cuadro de salud de un área, pueden contar con otros especialistas, por ejemplo, trabajadores sociales y epidemiólogos.

ESTRATEGIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La referencia para el diagnóstico individual y familiar de salud en Cuba es conocida como *dispensarización*, un modelo de seguimiento continuo y evaluación de riesgos, implementado por los médicos y las enfermeras de la familia.

DISPENSARIZACIÓN

Se trata de un proceso organizado, continuo y dinámico para evaluar la salud individual y familiar que utiliza cuatro clasificaciones:

Grupo 1: Personas sanas libres de riesgos para la salud o discapacidades, que pueden realizar su vida cotidiana de forma equilibrada, independiente y responsable;

Grupo 2: Personas en situación de riesgo expuestas a condiciones que, si no se controlan, pueden aumentar la vulnerabilidad a los daños de la salud del individuo o la familia;

Grupo 3: Personas enfermas, que son diagnosticadas con enfermedades transmisibles o no transmisibles; y

Grupo 4: Personas cuyas capacidades se han deteriorado o están discapacitadas.

Fuente: Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, Ministerio de Salud Pública, 2011

Como cada paciente está registrado en el sistema de dispensarización a través de visitas a la casa y al consultorio, los médicos y las enfermeras de la familia formulan un plan para concentrarse en los individuos y las familias que más necesitan de sus servicios, priorizándolos para citas y seguimiento según lo establecido en los protocolos de atención primaria.

Sin embargo, el diseño de soluciones e intervenciones apropiadas y efectivas para todo el barrio requiere un análisis y una comprensión más profunda de las causas subyacentes de las enfermedades y de la mala salud. Para esto, los médicos y las enfermeras de la familia desarrollan anualmente un análisis de la situación de salud. Este análisis necesita la identificación de “las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y medioambientales que tienen un impacto en la salud de la población, así como de los problemas de salud que afectan a individuos, familias y comunidades, con el objetivo de desarrollar acciones correctivas”. [4]

Las enfermeras de la familia, quienes generalmente viven en el barrio donde brindan sus servicios, son la puerta de entrada a la dispensarización del área al nivel del hogar y al análisis de la situación de salud del barrio. Maricela Torres, supervisora de enfermería de los servicios de atención primaria en un policlínico de La Habana (1993-1998) y actualmente coordinadora de la Red Cubana de Enfermería de Salud Infantil, explica: “las enfermeras comunitarias son como miembros de la familia: ellas conocen a sus pacientes y comparten los mismos problemas cotidianos. Ellas hacen visitas a domicilio, alertan a los pacientes sobre los factores de riesgo, asesoran sobre la reducción del riesgo y brindan mensajes de promoción de salud.

Las enfermeras monitorean a las mujeres embarazadas en sus barrios, asesorándolas sobre cómo mantenerse saludables durante el embarazo y después (por ejemplo, aconsejan a los padres acerca de cómo hacer su hogar seguro, una vez que su hijo empieza a caminar)”. Estas relaciones cercanas al paciente y el conocimiento íntimo de los factores sociales determinantes, proporcionado por el vivir en la comunidad, les permiten a estas enfermeras identificar temprano los factores de riesgo y ayudar a diseñar respuestas intersectoriales.

LA POLÍTICA SE PONE EN PRÁCTICA

La práctica de enfermería en Cuba está coordinada y supervisada por la Dirección Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública. Las responsabilidades y las funciones de las enfermeras de la comunidad se describen en los protocolos del Programa Nacional del Médico y la Enfermera de la Familia. El marco legal para el entrenamiento, las responsabilidades, las acciones y las intervenciones permitidas para todas las enfermeras se expone en la Ley 396.[5]

Juntos, estos mecanismos establecen cómo los servicios del médico y la enfermera de la familia son organizados, implementados y evaluados. El médico y la enfermera de la familia del barrio son la “columna vertebral para la implementación de todas las actividades programadas. Ambos son responsables por el trabajo que hacen, con el médico al frente del equipo”. [4] Este enfoque de trabajo en equipo exige una estrecha coordinación entre el médico y la enfermera (y con el correspondiente policlínico comunitario), dado que comparten responsabilidades clínicas y administrativas; cuando está debidamente aplicado, este enfoque maximiza el suministro de servicios y de atención de salud primaria integrada y exhaustiva.

Las enfermeras de la familia son responsables de una serie de acciones relacionadas con la documentación, el seguimiento y la ayuda para mantener la salud de los individuos y las familias en su comunidad. Además de recibir los pacientes, de suministrar y actualizar sus registros clínicos, dar seguimiento a su salud y organizar los exámenes y pruebas programadas regularmente, estas enfermeras:

- identifican a las personas que requieren visitas a domicilio;
- realizan visitas diarias a los pacientes que requieren atención domiciliaria;
- establecen las prioridades de atención, previa consulta con el médico de familia;
- ofrecen charlas educativas y de promoción de salud;
- miden los signos vitales, peso y talla de los pacientes;
- monitorean el estado de salud de los pacientes que requieren un control sistemático;



Una enfermera realiza una visita a domicilio en la Sierra Maestra, región montañosa situada en el este de Cuba.

- monitorean el progreso de la rehabilitación;
- programan e implementan, con la participación del médico de la familia y de otros especialistas si se requiere, acciones dirigidas a la atención de pacientes prioritarios, entre los que se encuentran las mujeres embarazadas, los recién nacidos, los niños y los adultos mayores;
- ejecutan los programas de vacunación;
- coordinan a los estudiantes de enfermería durante sus rotaciones de práctica familiar; y
- sirven de enlace con los voluntarios de promoción de salud.

Las enfermeras de familia también son responsables de los chequeos de los niños entre uno y 19 años de edad. Este chequeo se programa regularmente con una frecuencia mínima anual y mide el desarrollo físico y psicomotor del niño. Incluye un examen físico, la medición de peso y talla, y también evalúa el desarrollo de las habilidades motoras. Las enfermeras están especialmente entrenadas para llevar a cabo estos exámenes; los médicos de familia siguen personalmente el desarrollo de los lactantes hasta que alcanzan su primer cumpleaños.[6]

Dado que la estrategia cubana enfatiza un enfoque biopsicosocial integrado para salud y bienestar, las enfermeras en la comunidad contribuyen al desarrollo y la implementación de acciones intersectoriales dirigidas a los determinantes sociales, el estilo de vida, los factores de riesgo y los hábitos poco saludables. Según las Proyecciones de Salud Pública para el 2015 en Cuba,[7] la primera prioridad para mejorar los indicadores de salud es el logro de una efectiva intersectorialidad. Estas directrices señalan que conseguir que los sectores pertinentes trabajen juntos “es imprescindible para mejorar la salud y el bienestar de la población [y] será estrategia para el logro de los objetivos de salud para el año 2015”.[7]

Como ejemplos de la eficaz colaboración intersectorial sirven dos proyectos dirigidos por enfermeras: las brigadas de voluntarias de salud y la Construcción de Género para la Atención Integral de la Salud Infantil. El primero es un programa nacional que identifica y capacita promotores de salud de la comunidad para llevar a cabo la prevención y la promoción de salud en sus barrios. Fundado poco después de establecido el sistema de atención primaria, involucra a la Federación de Mujeres Cubanas —con más de tres millones de miembros, una de las mayores organizaciones de la sociedad civil de Cuba[8]— y al consultorio del médico y la enfermera de la familia. Las enfermeras supervisan y coordinan a las voluntarias y establecen prioridades en las actividades de prevención y promoción para el barrio. Estas pueden incluir el control de vectores y la prevención del dengue, la divulgación sobre las donaciones de sangre y el estímulo a participar en ellas, o la promoción casa por casa de los programas de pesquiasaje, por ejemplo, para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino mediante la prueba de Papanicolaou.

El proyecto de género es coordinado por la Red Cubana de Enfermería para la Salud Infantil, con la colaboración del Colectivo de la Red de Género y Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, los Pioneros José Martí —la organización nacional de los jóvenes de edad escolar— y la Universidad de La Habana. Esta iniciativa innovadora lleva a las aulas de las escuelas primarias el aprendizaje interactivo con perspectiva de género, con el objetivo de romper los prejuicios de género para mejorar la salud y el bienestar. La Red Cubana de Enfermería de Salud Infantil, otra vez trabajando con los pioneros en las escuelas, también organiza talleres de enfermería para motivar a los estudiantes

“Haber obtenido el grado de maestría en la atención primaria de la salud me enseñó a diferenciar entre diagnóstico de salud y análisis de salud. A menudo igualamos los dos, pero el conocimiento de cuántos hipertensos o diabéticos hay en el área de influencia no es lo mismo que comprender lo que causa estas condiciones o la forma de abordarlas. Mi trabajo de posgrado me enseñó la manera de integrar el diagnóstico de salud con los factores y determinantes sociales, así como con las preocupaciones de mi comunidad. El trabajo de curso me dio las herramientas para dar prioridad a esos problemas y desarrollar acciones para mejorar la salud de la comunidad —la meta final, después de todo”.

—Caridad Dandicourt

hacia la profesión. Estos programas de divulgación muestran técnicas básicas de enfermería, proporcionan modelos de conducta y generan entusiasmo por las carreras de enfermería. “He tenido enfermeros que se me acercan y dicen que fueron motivados para estudiar enfermería después de asistir a estos talleres, cuando niños”, dice la coordinadora de la red Maricela Torres, quien también es profesora en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Debido a la gran diversidad de tareas que incluye las visitas a domicilio, la realización de exámenes físicos, el monitoreo a individuos en situación de riesgo, las charlas de prevención y promoción de salud, la coordinación de actividades intersectoriales y la realización de tareas administrativas, sería razonable que las enfermeras de la familia se encontraran bajo un considerable estrés relacionado con el trabajo. Sin embargo, ninguna de las enfermeras entrevistadas por *MEDICC Review* reportó el trabajo como una fuente de estrés. La investigación muestra que algunas enfermeras de especialidades como oncología y atención de emergencia experimentan considerable estrés relacionado con el trabajo.[9] Sin embargo, cuando se preguntó a las enfermeras cubanas de la familia, respondieron con



Una enfermera obstétrica en una unidad neonatal, provincia de Pinar del Río, Cuba.

comentarios como “Personalmente, no he experimentado estrés debido a mi trabajo. La enfermería comunitaria es acerca de la prevención y la promoción de salud y mantiene un alto grado de relación personal y de ayuda con sus vecinos. No es que las personas no tengan estrés en sus vidas, todos lo tienen, pero trabajar en un consultorio de un médico de familia, en general, es una experiencia positiva. Además, el trabajo en equipo ayuda a mitigar el estrés”. [10] Como trabajan en el entorno de su lugar de residencia, estas enfermeras evitan también factores estresantes relacionados con el transporte público atestado; pueden llegar a tiempo al trabajo y regresar a casa para acometer la “segunda jornada” de trabajo —ahora en el hogar— que enfrentan las mujeres cubanas.

FORMACIÓN DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN CONTINUA

En Cuba se ofrecen tres niveles de enseñanza de enfermería: nivel técnico, nivel profesional universitario y nivel de especialista (posgrado). La diferencia entre ellos resulta del nivel cuantitativo y cualitativo de la formación. Las enfermeras profesionales siguen un currículo científico de mayor profundidad, que les permite una gama más amplia de toma de decisiones de salud y la capacidad y el juicio para tomar las acciones correspondientes. Todos los estudiantes que cursan carreras de enfermería hacen rotaciones en consultorios del médico y la enfermera de la familia.

En una reciente visita al departamento de enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo en La Habana, observamos la intensa actividad y el despliegue de energía de los estudiantes correspondientes a los niveles técnico y profesional de enfermería, [11] todos con sus batas blancas ajetreando en el aula y reuniéndose para intercambiar experiencias.

“En los últimos años, el país ha estado haciendo esfuerzos por elevar el perfil de la enfermería como una profesión y estamos empezando a ver los resultados. Antes solíamos tener aulas de 10 o 15 alumnos”, dice Caridad Dandicourt, jefa de educación de enfermería en la escuela. “Hoy tengo 62 técnicos y 40 profesionales estudiantes de enfermería. Hay mucho entusiasmo para la profesión en este momento y estos jóvenes están motivados”.



Formación de estudiantes de enfermería a través de la práctica en un policlínico de La Habana.

Las oportunidades de posgrado para enfermeros han crecido de modo exponencial desde que este nivel de educación se introdujo por primera vez en la década de 1990 y la demanda de formación de posgrado continúa creciendo. Actualmente, los enfermeros pueden seguir la formación de posgrado en especialidades médicas (pediatría, cardiología, oncología, ginecología y obstetricia, etc.); disciplinas relacionadas con la salud pública como la atención primaria, la epidemiología, la psicología de la salud, la economía de la salud y similares; o grados multidisciplinarios en las comunicaciones, estadísticas y pedagogía. Cuba ha estado relativamente lenta para introducir un doctorado en enfermería, pero con el apoyo de la Universidad de Manitoba, Canadá, desarrolló un plan de estudios basado en programas internacionales de doctorado de enfermería y ya se han graduado dos doctores.

Dandicourt se motivó para obtener una maestría en salud pública cuando se desempeñaba como directora de los servicios de enfermería en un municipio habanero, sintiendo la necesidad de más conocimientos y mejores herramientas para ser más eficaz en su posición. “Recibí esas herramientas, pero para mi sorpresa, también aprendí a identificar problemas dentro del sistema de atención primaria y a desarrollar acciones para resolverlos”, dijo a *MEDICC Review*. “Aprendí sobre la intersectorialidad, la forma en que puede —y debe— ser integrada con la atención primaria. Sobre todo, me enseñó que los problemas no pueden ser resueltos por los profesionales de la salud actuando solos, sino que tienen que involucrar a toda la comunidad”.

En Cuba, donde los salarios profesionales son bajos, es importante tener en cuenta que las enfermeras que cursan posgrado continúan recibiendo su salario en un sistema de estudio y trabajo. Una vez que las enfermeras completan sus programas de posgrado, reciben el correspondiente aumento de salario. Estos dos factores han contribuido a las altas tasas de matrícula de posgrado. [6] El respeto y el reconocimiento que las enfermeras de la familia reciben en sus comunidades es otro factor de motivación para continuar la educación y ayuda a mitigar la baja remuneración.

EL ELEFANTE EN LA HABITACIÓN: LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

En Cuba, como a nivel internacional, desarrollar capacidades de investigación y publicación entre las enfermeras es una prioridad. Sin embargo, grandes obstáculos hacen de ambos propósitos un reto. Estos incluyen la no existencia de requisitos en cuanto a la realización de investigaciones, la falta de apoyo por parte de los institutos de investigación y la débil vinculación entre las prioridades nacionales y la investigaciones relacionadas con la enfermería, especialmente en el primer nivel de atención. [12]

En Cuba, la Revista Cubana de Enfermería se dedica a la publicación de investigaciones originales dirigidas por enfermeros y enfermeras, pero, al igual que la mayoría de la literatura científica internacional, se centra en la atención al paciente y en la investigación clínica. Los estudios que contribuyan a la mejora cualitativa de los servicios de enfermería en el nivel primario de atención y en todo el sistema de salud requerirían una mayor focalización en la investigación de los sistemas de salud.

“Tenemos mucho trabajo que hacer en este tema”, dice la profesora Maricela Torres, que ha dirigido y publicado investigaciones científicas y fue la primera enfermera cubana en obtener un doctorado en ciencias de la salud. “Para mí, desarrollar la capacidad de investigación de los enfermeros y las enfermeras y motivarlos para llevar a cabo y dirigir la investigación, es el reto más importante que enfrenta la enfermería cubana de hoy”.

Torres subraya la importancia de la investigación multidisciplinaria, no sólo la que se enfoca exclusivamente en enfermería, y menciona el carácter interdisciplinario de la salud pública y la importancia de la intersectorialidad. La variedad de títulos de posgrado que se ofrecen y los requisitos para alcanzarlos pone cada vez mayor énfasis en la investigación. “La percepción de los enfermeros y las enfermeras no sólo como practicantes, sino también como investigadores, va cambiando en la medida que adquirimos experiencia investigativa, participamos en comités científicos, y ponemos la investigación en práctica para ayudar a resolver problemas de salud y mejorar la prestación de servicios de salud”, dice ella.

Como presidenta de la división de enfermería comunitaria de la Sociedad Cubana de Enfermería, Dandicourt está abordando de frente el problema de la capacidad de investigación. Con el apoyo de un comité ejecutivo, ella recibe, organiza, analiza y prioriza la información presentada por dependencias municipales y provinciales de la Sociedad. Esto incluye los problemas de salud de las comunidades, la prestación de servicio en atención primaria, el rendimiento de enfermería y más. “Para el análisis preciso de los datos es extremadamente importante que la información provenga de las enfermeras que trabajan en las comunidades —desde la base— ya que son ellas quienes están más familiarizadas con los problemas y los retos”.

Esta información viaja desde el nivel municipal al provincial y finalmente al nacional. Una vez que los problemas de salud han sido identificados y priorizados, se desarrolla un plan de acción, coordinado por las distintas divisiones de la Sociedad.

No todas las provincias enfrentan los mismos retos. A modo de ejemplo, Dandicourt cita La Habana (la capital, considerada una provincia), donde la organización y la formación de las enfermeras que realizan chequeos a niños sanos ha sido identificada como un área problemática. En otras provincias, la falta de capacidad de investigación y de oportunidades de investigación científica ha sido señalada como un reto, especialmente en enfermería comunitaria. Para hacer frente a estas deficiencias, la división de investigación científica de


la Sociedad de Enfermería evalúa las acciones necesarias en cada provincia, tales como talleres sobre investigación cualitativa y publicación científica o asistencia a congresos relacionados.

El día en que habló con *MEDICC Review*, Dandicourt estaba preparando la reunión nacional de la división de investigación científica. El evento evalúa el avance en la investigación en enfermería, mide el desarrollo de la capacidad de investigación de los enfermeros y las enfermeras, y analiza qué provincias están sobresaliendo (y por qué), así como cuáles se están quedando rezagadas, para definir el apoyo que necesitan. “Algunas provincias lo están haciendo extraordinariamente bien en el desarrollo de su capacidad de investigación y nosotros estudiamos cómo podemos replicar ese éxito en todo el país”, comenta ella.

Con una sonrisa, Dandicourt se negó a dar a los lectores de *Medicc Review* una exclusiva sobre qué provincias están a la cabeza de la investigación en enfermería, pero ella dice que confía en que algunas de estas investigaciones serán publicadas en nuestras páginas.

CONCLUSIONES

Los servicios de atención primaria orientados a la comunidad, accesibles, con empleados profesionales de la salud debidamente capacitados, constituyen una estrategia eficaz y replicable para mejorar la salud de la población y apoyar el bienestar —especialmente en entornos con escasos recursos. La prevención, que incluye los programas de vacunación, la reducción de factores de riesgo y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, ha demostrado su eficacia como primera línea de defensa.

El modelo cubano del médico y la enfermera de la familia, que entrena y faculta a las enfermeras de la comunidad para diagnosticar, analizar y diseñar respuestas a los problemas de salud de la comunidad en una cultura de apoyo al trabajo en equipo, ha ayudado a Cuba a lograr extraordinarios indicadores de salud en todo el país. Este éxito ha engendrado el respeto y el reconocimiento a los enfermeros y las enfermeras de la familia en Cuba, el cual continúa en ascenso, pues más enfermeros y enfermeras quieren ingresar en cursos de niveles de posgrado y obtener la especialización en enfermería comunitaria y en otras áreas clave para la atención de la salud pública. Sin embargo, con el fin de mantener y mejorar el estado ya alcanzado de salud de la población, los enfermeros y las enfermeras y el sistema de salud enfrentan el reto de desarrollar y aplicar la capacidad de investigación científica, ampliar y fortalecer acciones intersectoriales y continuar trabajando para fomentar una mayor participación pública en la mejora de la salud comunitaria. 

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Keck CW, Reed G. The Curious Case of Cuba. *Am J Public Health* 2012;102:e13-e22.
2. United Nations, MDG Country Progress Snapshot: Cuba. [Internet]. New York: United Nations; 2012 Dec [cited 2013 Apr 18]. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>
3. Providing accessible health services for remote and rural populations has been a priority since the founding of the national public health system in 1961 To address needs specific to these communities, Cuba launched the Plan Turquino-Manatí in 1987. For details on the Plan and strategies for rural health in Cuba, see *Over the Hills and Far Away: Rural Health in Cuba*. *MEDICC Rev*. 2012 Jan;14(1):6–10.
4. Family Doctor-and-Nurse Programme. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2011.
5. Anexo a la Resolución Ministerial No. 396/07: Regulaciones de la Práctica de Enfermería. [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2008 Jan 3. [cited 2013 Apr 14]. Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/04/anexo-resolucion-396.pdf>
6. This model is slightly different in rural and remote areas. Interview with Maricela Torres, coordinator, Cuban Nursing Network for Child Health and professor, National School of Public Health, 2013 Apr 2.
7. Ministry of Public Health (CU). *Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015*. Havana: Ediciones de Ciencias Médicas; 2006 Feb.
8. Perez C. *Caring for them from Birth to Death*. Maryland: Lexington Books; 2008.
9. Moustaka E, Constantinidis T. Sources and effects of work related stress in nursing. *Health*. 2010;4(4).
10. Interview with Caridad Dandicourt, chief of nursing education, Manuel Fajardo Medical Sciences Faculty and president, community nursing section, Cuban Nursing Society. 2013 Apr 9.
11. Postgraduate degrees are offered at the National School of Public Health and corresponding tertiary level institutions.
12. Martínez N. Developing Nursing Capacity for Health Systems and Services Research in Cuba 2008-2011. *MEDICC Rev*. 2012 Jul;14(3):12-18.

Citación sugerida: Gorrry C. El futuro de la atención primaria: elevar el perfil de la profesión de enfermería en Cuba. *MEDICC Rev*. 2013 Apr;15(2). Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=297.esp>