

De la Promoción de Salud Clínica a la Promoción de Salud Comunitaria: un desafío para la Medicina Familiar Contemporánea

From Clinical Health Promotion to Community Health Promotion: A Challenge to Contemporary Family Medicine

Bonal Ruiz R.*

Especialista de II grado de Medicina General Integral, Profesor Asistente, Policlínico "Ramón López Peña". Santiago de Cuba. Cuba.

Recibido: 09-03-07 Aceptado: 16-07-07
Correspondencia: Dr. Rolando Bonal Ruiz. : bonal@medired.scu.sld.cu

RESUMEN

En los últimos años ha evolucionado el concepto de promoción de salud, desde el hito que marcó hace más de 20 años la declaración de la carta de Ottawa. En este artículo se analiza la evolución del concepto de promoción de salud dentro de la medicina familiar, en los diferentes contextos socioeconómicos, se notifica la relación entre prevención y promoción en el ámbito de la atención primaria; se comenta el concepto de promoción de salud clínica hasta llegar al concepto de promoción de la salud comunitaria. Se revisa a la Promoción de Salud y la Medicina Familiar en América Latina y su evolución en Cuba; finalmente se mencionan las características que la propician y sus retos futuros.

Palabras clave: Promoción de salud. Promoción de salud clínica. Promoción de salud Comunitaria.

ABSTRACT

The concept of health promotion has evolved over the past few years from the declaration of the Letter of Ottawa 20 years ago. In this paper, the concept of health promotion within Family Medicine is analyzed in its different socioeconomic contexts. The relationship between prevention and promotion is noted within the primary-care environment, and the concept of clinical health promotion is commented on up to its arrival at the concept of community health promotion. Health Promotion and Family Medicine in Latin America and their evolution in Cuba are also analyzed. Finally, the characteristics that propitiate this and its future challenges are mentioned.

Key words: Health Promotion., Clinical Health Promotion, Community Health Promotion.

Introducción

En los últimos 20 años ha evolucionado el concepto de Promoción de Salud, desde el hito que marcó, la declaración de la carta de Ottawa (1986)¹ hasta nuestros días, la pregunta clave ha sido ¿Cómo operativizar esos postulados en los profesionales de la salud, sobre todo en médicos, que constituyen la fuerza más calificada del sector salud, principalmente de la Atención Primaria? Esta preocupación ha estado incluso en la declaración de Edimburgo (1988), en el marco de la Federación Mundial de Educación Médica, que orientó desde entonces la formación de los médicos en el sentido de que "promuevan la salud de toda la población"². El médico de familia, en Cuba y en otros países representa el primer contacto de la población con el sistema de salud, se constituye en parte esencial de la Atención Primaria de Salud.

La visión sanitarista, -a medida que se que ha ganado comprensión de las influencias y determinantes de la salud- se ha ido desplazando desde la muerte y la enfermedad como eje rector hacia los riesgos a la salud. Esta visión se desplaza desde una atención curativa (del enfermo) hasta la atención al riesgo y de éste a una proyección a la salud y sus determinantes a fin de fomentarla y promoverla. La pregunta reflexiva de este trabajo es ¿Ha evolucionado la Medicina Familiar según los desplazamientos de la visión sanitarista? Si bien esta división es puramente virtual y didáctica: esta inspirada en las cuatro tareas que le da Sigerist a la Medicina: *promoción de salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos y rehabilitación*.³ En este trabajo se muestra la evolución de la visión sanitaria de los últimos años, que en ocasiones se estanca en algunos de estos estamentos. En la práctica no debe haber una división entre promoción y prevención pues toda la acción de promoción esta en función de la prevención.⁴

Promovemos salud en el paciente enfermo agudo y aprovechamos el momento de mayor receptividad, mayor susceptibilidad emocional, para enseñarle, educarle, mostrarle que se puede (autoeficacia) por ejemplo, dejar de fumar, u otra conducta deseada. *Promovemos salud en el paciente enfermo crónico*, enseñándole a convivir con su enfermedad y lograr que se adapte a los desafíos que la cronicidad conlleva. *Promovemos salud en el sano*, para que no contraiga una enfermedad o para alejarlo de conductas de riesgos (prevención primaria) pero no sólo esto es promover la salud. Promovemos salud cuando prohibimos que se arroje basura en el vecindario, cuando participamos en una reunión de líderes comunitarios y sensibilizamos sobre un problema de salud (abogacía), promovemos la salud --- cuando pegamos un cartel en un muro alertando sobre un problema a tener en cuenta. Independientemente de la definición que da la Carta de Ottawa de Promoción de salud, existen diferentes enfoques teóricos y prácticos sobre la promoción de salud y algunos conflictos ideológicos fundamentales sobre sus fines y propósitos.⁵

Si bien la mayoría de estas disquisiciones se dan a nivel de salubristas, académicos, de instituciones de salud pública, de planificadores sanitarios, etc. en la Medicina Familiar no ocurre así. Se sigue considerando Promoción de la salud a los consejos, orientaciones e informaciones que le da el médico a sus pacientes sobre todo para modificar sus estilos de vida (Conductas insanas) esto está avalado por varios argumentos: en primer lugar por la reminiscencia y confusión del famoso esquema de los niveles de prevención de Leavell y Clark, que incluía la promoción de salud en la prevención primaria y la reducía a puros consejos sanitarios. Desafortunadamente todavía se sigue enseñando así en algunos textos de medicina familiar.

Se reduce y se confunde la Promoción de salud con la educación para la salud

La promoción de la salud en Medicina Familiar se ha definido clásicamente en dos formas: la primera destaca el accionar sobre los estilos de vida no saludables⁶ a través de cambios conductuales y reconociendo las estrategias ambientales como apoyo al cambio de conducta individual; esta forma de Promoción es más popular en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), la segunda más aceptada en Europa, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, se aproxima a los llamados de la Carta de Ottawa, pero no lo llegan a concretar del todo.⁷⁻¹⁰ Una razón que ha sido y es motivo de debate es el rol del médico en la nueva visión de Promoción de la salud o sea si el médico puede actuar, influir hacer algo sobre los determinantes de salud y condiciones de vida que incluye la prevención de conductas de riesgo para la salud.

Una primera aproximación conocida es la de Herbert,¹¹ que en su artículo: *¿Cuál es el rol del médico de familia en la Promoción de Salud?* refuta la idea de que los médicos de familia no tiene función en esta dimensión de la Promoción de Salud pues sólo les interesa la enfermedad y hacen referencia a que algunos autores temen que el aumento de la autoayuda y ayuda mutua traiga como consecuencia la desprofesionalización; Herbert concluye que es esencial que el médico participe en la promoción de salud. Años más tarde la misma autora crea el término de *Promoción de Salud Clínica*¹² (que va más allá de la simple atención a los estilos de vida y comportamientos saludables, considera a la Promoción de Salud Clínica como a aquella relacionada con pacientes que se lleva a cabo en escenarios clínicos incorporando tanto la educación para la salud como consejos al paciente, dirigiendo sus acciones a cambios conductuales más que a cambios de estilos de vida complejos; estas actividades podrían incluir el estímulo al automanejo/ autocuidado y un mayor control de la salud en los pacientes.

Canan¹³ en una revisión del rol del médico de la familia con relación a la educación para la salud señala que “la política de la promoción de salud y prevención de la enfermedad en el Reino Unido, hacen demasiado énfasis en la responsabilidad individual y reniegan de la influencia de los factores políticos y económicos relativos a la salud”. Caraher¹⁴ critica que la “Promoción de salud se concentre en individuos como primer foco de atención, enfatizando los estilos de vida individuales y conductuales e ignorando la pobreza y la inequidad” este autor llama a un nuevo modelo de Promoción de salud clínica como una expansión de la educación al paciente, enfocándolo más allá del encuentro médico-paciente. No obstante, estos enfoques se aproximan a la visión actual de la promoción de salud y al papel que desempeñan los médicos de familia; quienes no alcanzan un verdadero protagonismo ante los destinatarios de la atención médica “la comunidad participativa, activa, y empoderada por el proveedor de salud”.

Al final de la década de los noventa, surgió lo que se ha dado en llamar la *Nueva promoción de la salud*, también conocida como *Promoción de salud comunitaria*¹⁵; este enfoque va más allá del énfasis inicial en los estilos de vida saludable y centra su atención en los fenómenos socio-políticos e incorpora el concepto de capacidad de decisión individual y colectiva, fomenta la participación de la comunidad en la identificación y análisis de los problemas y necesidades y en la formulación de posibles soluciones. Si bien este enfoque puede ser controversial, en cuanto al rol del médico de familia en él, hay que recordar que las prácticas y quehaceres cotidianos de cualquier profesional incluido el médico de atención primaria son reflejo del sistema social imperante y que las necesidades sociales deben generar una respuesta social, que va más allá del encuentro clínico médico-usuario/paciente.

McWhinney¹⁶ plantea que la responsabilidad del médico de familia se extiende a una continua ampliación de salud que va desde el cuidado y apoyo de los pacientes con enfermedades crónicas y sus familias, hasta el extremo final de este continuo, que es la responsabilidad con las políticas sociales y ambientales. McWhinney propone que aún cuando en los países industrializados los médicos de familia generalmente no tienen responsabilidad primaria con la salud ambiental, ellos “pueden identificar problemas locales de salud en el curso de su trabajo”. Una aproximación a este enfoque de Promoción de Salud comunitaria en la medicina familiar ha sido el movimiento de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)¹⁷ desarrollado, en algunos países de Europa, Israel y EEUU que desafortunadamente ha tenido una escasa difusión¹⁸. La Promoción de Salud y la Medicina Familiar en América Latina: Se encontraron pocas referencias, en las bases de datos de la Biblioteca Regional de Salud (BIREME) y su base de datos principal (LILACS), la respuesta pudiera estar dada por el escaso desarrollo de esta especialidad en la Región, a excepción de dos o tres países, existe poco apoyo político por parte de los gobiernos para el establecimiento de un modelo de atención de salud familiar¹⁹⁻²⁰.

Promoción de Salud en la Medicina Familiar en Cuba

El programa del médico y la enfermera de familia en Cuba, surge en 1984, desde entonces, la promoción de salud ha estado presente en todos sus documentos rectores²¹, en el programa de trabajo del médico de familia (1988), se establece como el primero de los ocho ob---

jetivos específicos para las actividades del equipo básico de salud “Promover la salud a través de cambios favorables en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico sanitarias de la población.” No es ocioso decir que el programa del médico de familia se ha movido también acorde, a los cambios en la salud pública y la medicina en el mundo y por supuesto a la evolución de la promoción de la salud. Desde una práctica médica educativa basada en las condiciones higiénico sanitarias para la prevención de enfermedades transmisibles, hasta una sostenida atención promocional del programa materno infantil ²². Se han incentivado *los círculos de abuelos* ²³, *los círculos de adolescentes* ²⁴, *la educación grupal a madres de lactantes* ²⁵, *los círculos de embarazadas* ²⁶, etc. El diagnóstico de salud sigue siendo el instrumento clave del médico de familia para la identificación de problemas de salud y su solución educativa según sea el caso ²⁷. Las Brigadistas sanitarias y activistas de salud -como promotores de salud capacitados y orientados por el médico de familia- colaboran de manera importante con los programas de salud y la participación comunitaria.

A principio de la década de los noventa después de la aparición de la Carta de Ottawa, cuando hubo la necesidad de reorientar más los servicios de salud (incluidos los consultorios del médico de familia) hacia la promoción de salud y coincidiendo con la destrucción del campo socialista, la crisis económico social que esto implicaba con sus consecuencias: deterioro de las condiciones higiénico sanitarias, surgimiento de enfermedades transmisibles (pediculosis, escabiosis); estas situaciones generaron un nuevo redimensionamiento de la promoción de salud y una conciencia mayor sobre las necesidades educativas de la población ²⁸. En esos años se había tomado conciencia en las *Américas*, de poner más atención en las enfermedades crónicas no transmisibles y en los factores de riesgo que la conllevan, pues eran la principal causa de morbilidad y mortalidad adulta en Cuba. Surgieron así los célebres: *Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de los cubanos hasta el año 2000* ²⁹ con un significativo componente de promoción y educación ³⁰. En esta época se desarrolla una infraestructura que perfecciona al mecanismo de Promoción de Salud y a la Medicina General Integral en Cuba.

Etapa 1992–1994

Se crea el departamento de Promoción de Salud anexo al Centro Nacional de Educación para la Salud. /_Cambia el nombre del Centro Nacional de Educación para la Salud, por el del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud./_Especialistas de MGI, comienzan a trabajar en los centros nacionales, provinciales y municipales de promoción y educación para la salud. /_Se redactan documentos rectores para la Promoción de Salud en Cuba. ³¹⁻³² / Se plantea la necesidad de enriquecer la formación médica del médico general integral con este enfoque. ³³⁻³⁴ / Surge el movimiento de Municipio y Comunidades Saludables en Cuba. ³⁵ / Se crean los consejos de salud y con ellos la materialización de la participación social. ³⁶ / Resurgen sobre todo en el Oriente del país las escuelas o grupos educativos de pacientes crónicos desde el nivel primario de salud. ³⁷ / Se redimensionan los consejos comunitarios de salud a nivel de la comunidad del médico de familia. ³⁸ / Se establece una transición de lo que hasta ese entonces fue el Diagnóstico de Salud en la Comunidad hasta el Diagnóstico y Análisis de la Situación de Salud pero, desde y con la comunidad; documento clave en la consecución de la Promoción de Salud Comunitaria. ³⁹ / Se diseñaron y realizaron maestrías de Atención Primaria donde se le dio un componente importante a la Promoción de Salud ⁴⁰ / En 1996, se publica en la Revista de Medicina General Integral, la metodología de ¿cómo hacer un Diagnóstico Comunitario y un Análisis de la Situación de Salud? con los actores sociales incluidos en la comunidad del consultorio, que permitan la identificación, priorización y un plan de acción a los problemas prioritarios que le den solución a las necesidades de la comunidad, este documento ha sido clave para lograr Comunidades Saludables o por la Salud. ⁴¹ / Actualmente todas las maestrías virtuales y presenciales que se ofrecen a los profesionales de la salud tanto en Cuba, como a los médicos de familia que prestan misión médica internacionalista, tienen un módulo básico de promoción de salud. / Se redacta por médicos y enfermeras de familia el “Manual de procedimientos básicos del médico y enfermera de la familia” (2005) con textos dedicados a como hacer frente a estilos de vidas insanos, y temas prácticos de promoción de salud. ⁴² / Se redacta y amplía por médicos y enfermeras de familia el “Programa de Atención Integral a la Familia” (PAMIF 2004) que traza pautas para estos dos profesionales en cuanto al trabajo de prevención de enfermedades y promoción de salud en las comunidades. ⁴³ / La promoción de la salud marca cada uno de los propósitos, metas y directrices para el desarrollo de la Salud Pública Cubana hasta el año 2015 ⁴⁴ / Se enriquecen los programas de pregrado de la asignatura de Medicina General Integral (MGI), sobre todo MGI I y MGI III, con gruesos contenidos de promoción de la salud ⁴⁵⁻⁴⁶.

Características que han propiciado la Promoción de Salud en la Medicina General Integral Cubana

Existencia del binomio médico-enfermera/o de la familia. / 100 % de la población alfabetizada y con alto nivel de instrucción educativa. / Establecimiento de un horario de consulta y de terreno compartido. / Alto nivel de cobertura de la población por el médico de la familia (casi un 99% de la población). / Relación personalizada con el usuario de la atención médica. / Continuidad de los cuidados en el tiempo. / Apoyo de promotores de salud barriales (Brigadistas sanitarias, activistas de salud de los CDR, promotores de salud antivectoriales). / Colaboración con instituciones no sanitarias proveedoras de salud (casas de cultura, gimnasios, casas de videos, Jóvenes Club de Computación etc.). / Uso de computadoras en todos los Policlínicos. / Conexión a Internet médica (INFOMED) en la mayoría de los Policlínicos, en vías de extenderse a todo el país. / Uso de aulas en todos los Policlínicos que se pueden utilizar para la educación al paciente. / Incremento en la graduación de tecnólogos de salud universitarios que fortalecerán el equipo multidisciplinario de atención al paciente crónico y su educación (psicólogos de la salud, fisioterapeutas, podólogos, dietistas etc.). / Existencia de los Consejos Populares de Salud. / Estrecha vinculación del gobierno local (delegados (as) del poder popular) y organizaciones comunitarias con los médicos (as) y enfermeras(os) de familia.

Retos de la Promoción de Salud en Medicina General Integral para los próximos años:

Perfeccionamiento de la formación: Es conocido por los médicos de familia las resistencias de los usuarios para aceptar cambios en los estilos de vida, afortunadamente existen nuevas tecnologías para motivar y hacer más autorresponsables al paciente/ usuario⁴⁷ que aún no se enseña cabalmente en las escuelas de medicina; es necesario perfeccionar los métodos actuales de enseñanza y práctica, sobre todo en la comunidad, hacerlo más “aterrible” al quehacer del médico, para que no causen rechazo, es conocida la frase de que hay que estar convencido para poder convencer y este convencimiento debe ser consecuente en los formadores, desde la formación en primer año de formación, para que no exista “contaminación” con la necesaria formación curativa. En la tarea educativa en Atención Primaria de Salud, no se trata de enseñar lo que es la autogestión sino vivir “autogestionariamente”... no debemos educar para concientizar, sino educar concentrando⁴⁸. *Mayor incentivación por las actividades de promoción de salud:* Es indudable que la incentivación es un mecanismo que induce cambios, existen diferentes tipos de incentivos (desde los económicos hasta los sociales), no nos centraremos en lo económico, que para algunos autores son perversos, sí, en otros como el reconocimiento y la gratificación a un médico con resultados de trabajo, que ha incluido en su quehacer actividades de Promoción de Salud individuales, en la familia, o grupales y/o comunitarias, el hecho de establecer un premio en una jornada científica a un trabajo de corte educativo o promocional es un incentivo para que otros hagan lo mismo. El establecimiento de redes de experiencias en Promoción de Salud, y ver el fruto de un esfuerzo publicado, es un incentivo que estimula a otros colegas. *Mayor involucramiento de los gestores directivos de Policlínicos y centros de salud:* Si en los cursos de gerencia, no se sensibiliza con la importancia y aplicación de la Promoción de salud, ésta no se evaluará como es debido; una de las ventajas de las actividades de Promoción es que favorecen la satisfacción del usuario y esto deberían tenerlo en cuenta los directivos al evaluar a sus profesionales. *Mejorar aún más la infraestructura para el desarrollo de la promoción de salud en la Medicina Familiar:* El desarrollo de una infraestructuras equiva a facilidades de recursos, de nada vale que el médico esté capacitado y motivado, si no dispone de un salón para distribución espacial de sillas para realizar una dinámica grupal, estos aspectos deberían ser tomados en cuenta en la construcción de centros de salud; la existencia de áreas, instituciones y centros en la comunidad, como salas de videos, escuelas, casas de cultura podrían suplir esta falta. La facilidad para acceder a bibliografías relacionadas con la promoción de salud específicamente en la Medicina Familiar, sería un gran paso de avances, pues la mayoría de las existentes proceden del área de la salud pública. Convendría establecer un centro de documentación con este tipo de literatura, o un espacio en los centros de información ya existentes para el aprovechamiento de la red de computadoras que existen en cada uno de los Policlínicos. Muchas sociedades de Medicina Familiar, utilizan sus revistas para dedicar una página, a la educación del paciente/ usuario, incluso en eventos académicos⁴⁹ éstas y otras muchas iniciativas más podrían desarrollar, fortalecer y prestigiar a la Promoción de Salud en la Medicina Familiar. Es deseable incrementar las evaluaciones de la efectividad de las intervenciones en promoción de salud por el médico de familia, en los diferentes escenarios donde nos desenvolvemos, adaptándolos al contexto socioeconómico y cultural. Fortalecer nuestra propia “task force” o grupos de trabajo con el fin de formar al futuro médico de familia a través de una enseñanza de la promoción de salud basada en competencias y no sólo en conocimientos teóricos alejados de la práctica⁵⁰.

Conclusiones

La medicina avanza, sus estilos de actuación también; la satisfacción, bienestar y mejora de la calidad de vida de la persona (enferma, en riesgo o aparentemente sana) y su entorno ha de ser el fruto de nuestro trabajo como médicos de familia. Si antes de ayer nos dedicábamos al enfermo, ayer al riesgo, hoy debemos ver a las personas en su integridad, con una base humana, holística, potenciando sus capacidades, para que pueda así enfrentar los retos del ambiente. Si ayer vimos a la persona en un marco clínico (le informamos, orientamos y educamos para que modificara o adquiriera un estilo o comportamiento saludable o para que se adaptara a su enfermedad por medio de la denominada *Promoción de Salud Clínica*) hoy debemos verla más allá de su entorno: en el ámbito que vive, estudia o trabaja, con un enfoque *holointegrador*; como un ente activo que se da cuenta de que su salud depende de no como se comporte, si no de los factores que hacen que él se comporte así; capacitar, hacer partícipe a la persona, a la propia comunidad en cuanto a la *autogestión de la salud* (Promoción de la Salud Comunitaria): este es un desafío que deberíamos enfrentar como guardianes de la salud.

Referencias

- 1) WHO/HPR/HEP/ Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva.1986.
- 2) World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Lancet 1988; (464)8608.
- 3) Aldereguia J : Henry Sigerist: Sus contribuciones a la organización de los servicios de salud, En:Terris M. Temas de Epidemiología y Salud Publica, compilado por Aldereguia J H.Edit Ciencias Medicas. 1989 p79-82.
- 4) Martínez CS. Las categorías promoción y prevención en el programa de Medicina General Integral. Rev Cubana de Med Gen Integ 1994.10 (4):326-331.
- 5) Cerqueira MT. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. Bol Of Sanit Panam. 1996.120(4):342-347.

- 6) Kent Z R Promoción de Salud. En Taylor RB. Medicina de Familia, CD-ROM Edit Masson , 5ta edición 2002.
- 7) Brotonse C, Bjorkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, Kloppe P, Lionis C, Mierzecki A, Pineiro RPullerits L, Sammut MR, Sheehan M, Tataradze R, Thireos EA, Vuchak J; EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med.* 2005 May; 40(5):595-601.
- 8) Hill A, Levit C et al. Primary care and population health promotion, collaboration between family physicians and public health units in Ontario, *Can Fam Physic* 2001;47: 15-17.
- 9) Raupach J,Rogers W . Advancing health promotion in Australian General Practice. *Health Educ Behav* 2001.28(3):352-67.
- 10) McKinlay E, Plumridge L, McBain L, McLeod D, Pullon S, Brown S. "What sort of health promotion are you talking about?" a discourse analysis of the talk of general practitioners. *Soc Sci Med.* 2005 Mar; 60(5):1099-106.
- 11) Herbert C. Clinical health promotion and family physicians: a Canadian perspective. *Patient Educ and Couns* 1995;25(5): 277-282 .
- 12) Canan M .Examining the general practitioners role in health education critical review. *Family Pract*, 1988 ;5(3)s:217-223.
- 13) Caraher M. Patient Education and health promotion, the conceptual link. *Patient Educ and Couns* 1998 ; 33(3): 49-1.
- 14) Cerqueira MT. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. *Bol Of Sanit Panam.* 1996.120(4):342-347.
- 15) McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. Disponible en <http://www.uwo.ca/fammed/can>. Accedido 10 enero 2004.
- 16) Lark SL, Kark E, Abramson Jh. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Barcelona Edit Doyma 1994: 177-184.
- 17) De Peray JL, Foz G. APOC en la encrucijada. *Rev Comunidad* 2000(3): 97-98.
- 18) *Parkerson R G, Marconi F M, Pepper C, Pavlik V N, Spann S J.* La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas. OPS. Serie HSR 29. 2002.
- 19) Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria* 2006; 38 (9): 511- 51.
- 20) MINSAP. Programa de Trabajo del medico y enfermera de la familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana.1988.
- 21) Ruiz Calderón RT, Pérez SR. El programa de riesgo materno perinatal y el medico de familia .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1989;5(2): 166-77.
- 22) Ordoñez C , Pons BP, Gil TL, Abreu MT, Mazorra R: El círculo de abuelo, una respuesta a necesidades biopsicosociales de los ancianos, .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1987;3(4):51-7.
- 23) López PA, Martínez CJ. Transformaciones psicosociales logradas en la actividad de un club de adolescentes .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1993, 9(4): 345-53.
- 24) Bonal RR, Forment X .Círculos de lactantes o Puericultura Grupal ¿una nueva opción? .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1994;10(2):118-123.
- 25) .Bonal RR, Algunos aspectos del círculo de embarazadas en el consultorio .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1992;8(2):160-164.
- 26) Ordoñez CC. Diagnostico de Salud en la Comunidad, .*Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1988;4(4): 54-61.
- 27) Reyes AI, Sanabria RG ,MedinaG. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. *Rev Cubana de Salud Publica* 1996;22 (2): 75-85.
- 28) Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. *Rev. Cubana de Med Gen Integral.* 1992;8(3):271-287.
- 29) Ochoa SR, Bonet M .Fundamentación de la lucha contra las enfermedades crónicas y su dispensarización. *Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1992;8(3):190-195.
- 30) Martínez CS. Algunas comentarios sobre la promoción de salud y la estrategia sanitaria cubana Facultad de Salud Publica, Ciudad Habana, 1992.
- 31) MINSAP,CNPEPS, OPS.Taller Nacional de Promoción de Salud. Ciudad Habana 1994.
- 32) Martínez CS. Las categorías promoción y prevención en el programa de Medicina General Integral. *Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1994;10 (4):326-331.
- 33) Martínez CS. Propuesta metodológica para los contenidos de promoción y prevención del programa de Medicina General Integral. *Educación Medica y Salud* 1994.28 (4):556-562.
- 34) Espinosa BA. A propósito de la constitución de la red cubana de Municipios por la Salud. *Rev Cubana de Salud Publica* 1995(2):113-118.
- 35) Ochoa R, Bonal R. Participación social en la gestión salud. Experiencia de los consejos de salud. En: Ochoa Soto R. Promoción de Salud: Compilaciones. Edit Pueblo y Educación 1997.
- 36) Vásquez JM .Los grupos educativos o escuelas de crónicos .Experiencias en Santiago de Cuba.1992'-2003. Facultad 2 de Medicina. Santiago de Cuba.
- 37) Bonal R, González L, Presno C, Marzan M: El papel del medico de familia cubano en la Atención Primaria orientada a la Comunidad. *Atención Primaria:* 1996.18 (S1):214.
- 38) CNPEPS. Propuesta para el Análisis de la Situación de Salud.1994.
- 39) Perdomo VI. La maestría de Atención Primaria de Salud. Experiencias en Cuba. Trabajo presentado en el VIII Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud.17-21 junio 2002.
- 40) Borroto RC, Liz AM. Diagnostico Comunitario de la Situación de Salud. *Rev Cubana de Med Gen Integral.* 1996;12(3):23
- 41) Colectivo de Autores. Manual de procedimientos básicos del medico y enfermera de la familia. Ciudad de la Habana. Cuba. 2005.
- 42) Colectivo de Autores .Programa de Atención Integral a la Familia .PAMIF, Ciudad de la Habana. Cuba.2004.
- 43) Proyecciones de la salud publica cubana para el 2015. Disponible en <http://salud2015.sld.cu/>. Accedido 23 diciembre 2006 .
- 44) Medicina 1er año, 2do semestre. Medicina General Integral II. .CD- ROM .2007.
- 45) Medicina 2do año, 1er semestre .Medicina General Integral III. .CD- ROM .2007.
- 46) Rollnick S, Mason P Butler C. Health behaviour change: a guide for practitioner. New York: .Churchill Livingstone; 1999.
- 47) Chávez A V. Estrategias educativas en la Atención Primaria a la Salud. *Rev Med IMSS (Mex)* 1993; 21:125-128.
- 48) .Dent S: Dont miss chances to educate patient in your office. *Fam Pract* 2000,6(1): 211.
- 49) Serrano CR. Mejoramiento de la calidad de la formación y capacitación en salud a través de la utilización del enfoque de competencias. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs> acceso el 21 de diciembre 2006.