

Diseño de Diplomado de Promoción de Salud Clínica dirigido a médicos/as de familia.

Autores: Dr. Rolando Bonal Ruiz. Policlínico “Ramón López Peña”. bonal@medired.scu.sld.cu Cuba. Santiago de Cuba .Dra. Mercedes Marzán Delis, Centro Provincial de Promoción de Salud. mercimar@medired.scu.sld.cu. Dra. Ana Selva Capdesuñer. Policlínico “Ramón López Peña”. ana.selva@medired.scu.sld.cu , Dra Eunice Soria Pineda. eunice@dirprov.scu.sld.cu

Resumen:

Objetivo: diseñar un programa de Diplomado de promoción de salud clínica dirigido a médicos/as de familia

Métodos: para el diseño del diplomado se tuvo en cuenta: a) identificación de conocimientos, actitudes y habilidades (competencias) en promoción de salud en médicos de familia seleccionados, b) evidencias científicas de efectividad en éste ámbito identificadas en base de datos elegidas, c) temas de promoción de salud de programas curriculares de medicina familiar de organizaciones internacionales y países escogidos, adaptándolas a nuestro contexto, d) recomendaciones de conferencias mundiales de promoción de salud y tendencias actuales en ésta relacionadas con la interacciones clínicas, e) revisiones bibliográficas sobre promoción de salud clínica, f) teorías educacionales utilizadas en la educación médica contemporánea, h) documentos nacionales para el diseño y evaluación de diplomados

Resultados: el diplomado integra 4 módulos de 2 cursos cada uno, para totalizar 8 cursos, cada curso tiene una duración de 96 horas distribuidas en actividades lectivas e independientes. La duración total del diplomado es de 768 horas. Los módulos se dividen en modelos y enfoques teóricos relacionados con la promoción de salud, acciones individuales, grupales y comunitarias. Los profesores son en su mayoría especialista en medicina general integral con alta formación académica y científica perteneciente al grupo de desarrollo de la promoción en esta especialidad. Se han redactado textos docentes. Predominan las prácticas de habilidades en escenarios reales

Conclusiones: el Diplomado llena una brecha en el actual contexto social y sanitario en nuestro país y da respuesta al lineamiento 159 de la política socioeconómica

Introducción:

“Para ser primer miembro perfecto de un rebaño de ovejas, se debe ser sobre todo una oveja” Albert Einsten

A las formaciones genéricas de promoción y educación para la salud se les ha criticado ser muy generales y no enfocarse en los intereses laborales específicos del practicante discente¹, que respondan a un escenario concreto², de ahí que muchos autores dividan la promoción de salud en un enfoque poblacional dirigido a determinantes sociales de salud, y factores ambientales más amplios y un enfoque más relacionado con la educación para la prevención y control de enfermedades y estilos de vida, “*ambos enfoques no siempre comparten los mismos intereses y exigen estilos de liderazgos distintos*”³, McKenzie (2004) sugiere dirigir la capacitación a 4 grupos importantes según el área de desempeño del cursista (salud pública, clínica, laboral y escolar)¹, otros-incluidos los autores de este trabajo- han sugerido clasificar en niveles la promoción de salud para la preparación docente, lo que facilita de forma didáctica su

enseñanza sobre todo a estudiantes de medicina en su rotaciones por las asignaturas de medicina general integral⁴

En la década del 90 la canadiense Carol Hebert desarrolló el concepto de promoción de salud clínica⁵, para distinguir los temas más afines al profesional que trabaja con pacientes, de aquellos que atienden poblaciones y comunidades más amplias, hizo especial hincapié en la promoción de salud clínica en los médicos de familia⁶

La promoción de salud clínica abarcaría entonces la educación al paciente y consejería de estilos de vida, técnicas motivacionales de cambio de comportamientos a nivel personal y grupal, independientemente de que Hebert lo desarrolló esencialmente a nivel personal, se le ha incluido el componente, grupal y comunitario⁷ propio de nuestra medicina general integral cubana⁸

En los últimos años vienen desarrollándose a nivel mundial algunas tendencias y un cúmulo de conocimientos y habilidades en ciencias del comportamiento, en la comunicación clínica relacionada con la relación médico paciente, en la información, comunicación, educación⁹ y consejería conductual sobre todo relacionada con la medicina familiar, que enriquecen los currículos de pregrado¹⁰ y de posgrado y que no están en los planes de estudios nuestros¹¹⁻¹⁸, de ahí que ameritan una forma organizativa de superación profesional que actualicen a los profesionales de salud y los doten de herramientas prácticas para su trabajo diario; la forma organizativa ideal para llenar esta brecha la constituye el diplomado¹⁹ ya que incluye más de un curso

Independientemente de que es controvertida la incorporación de la consejería conductual de estilos de vida al curriculum médico sobre todo de pregrado, y que algunos autores ven con recelo este contenido alegando que es propio de servicios especializados²⁰ y que depende de otros factores ambientales e intersectoriales²¹, hay amplias evidencias que muestran la efectividad de médicos de familia en reducir el consumo de alcohol²², cesación tabáquica^{23,24}, actividad física^{25,26}, uso del condón²⁷, por supuesto esto se complementa con la adecuada motivación del médico, su adiestramiento, una buena relación médico- paciente de base, servicios de apoyo comunitarios y líneas telefónicas de ayuda, como existen en Cuba

Una reciente revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y controlados de consejería de estilo de vida²⁸ realizados por médicos de familia encontró que si bien en general hay exiguos beneficios en pacientes de bajo riesgo (que quizás no tengan percepción del riesgo), los beneficios, recursos y tiempo en hacer consejería pueden ser mejor empleados en pacientes de alto riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como aquellos con diabetes y enfermedades cardíacas ya existentes

En Cuba se han impartido a nivel nacional valiosos diplomados de promoción de salud²⁹, pero no llenan las expectativas de los médicos de familia pues no incluyen en su totalidad las competencias de su desempeño en esta esfera

Aunque el médico de familia trabaje en la atención primaria de salud, y sea su piedra angular junto a la enfermera/o como binomio, no se consideró prudente apellidar al diplomado “en la atención primaria”, puesto que en este nivel trabajan otros profesionales de salud, no necesariamente vinculados directamente al paciente, por ejemplo los licenciados en higiene y epidemiología, que son en muchos policlínicos los responsables de promoción de salud, pero su formación esta más relacionada con la salud pública; teniendo en cuenta lo anterior, un grupo de médicos de familia relacionados e interesados en la promoción de salud, decidió formar un grupo de

trabajo³⁰ que entre otras funciones preparara a los colegas en estos ámbitos, y en la redacción de un grupo de talleres y cursos, que juntos formaran una forma organizativa de enseñanza superior

Sustentado en el principio que quien mejor conoce el abordaje de los problemas de salud en su radio de acción, y conoce las posibilidades del uso de las técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas en promoción y educación para la salud es quien mejor realiza la atención, en este caso esas actividades, surge el Diplomado de “promoción de salud clínica” para médicos de familia, diseñado, coordinado y dirigido a médicos de familia, con profesores especialista en MGI, con amplia experiencia en alguna u otras actividades en estos espacios, por todo lo cual, este trabajo tiene el

Objetivo de: mostrar el diseño de un diplomado de promoción de salud clínica dirigido a estos profesionales

Método:

Para el diseño del diplomado se tuvo en cuenta. **a)** la identificación de conocimientos, actitudes y habilidades (competencias) percibidas por médicos de familia con interés especial en promoción de salud seleccionados de dos provincias del país³¹, este trabajo fue realizado por los coordinadores del diplomado y eliminaría el sesgo de incluir en el contenido lo que se le ocurra a los diseñadores y excluir temas que habitualmente se incluyen en una formación de promoción de salud, pero que no son pertinentes o no entran en el desempeño del cursista o no son de su interés inmediato a menos que lo ilustren enciclopédicamente, por tal motivo se trató de que los diseñadores y los entrevistados fueran de la misma especialidad y destinatarios del curso, **b)** las evidencias científicas de efectividad sobre todo en los estilos de vida^{32,33}, estrategias educativas a las principales condiciones crónicas presentes en nuestro medio, educación grupal: maternal, al niño, adolescentes, adultos y adulto mayor, y acciones comunitarias, lo que entra en la llamada “promoción de salud y educación para la salud basada en evidencias”³⁴ la principal base de datos consultada fue la biblioteca Cochrane³⁵; otras bases de datos las aportaron las paginas web de los grupos de trabajos de servicios preventivos de la comunidad (Task Force), que incluyen recomendaciones sobre consejería y educación para la prevención clínica^{36,37}, base de datos DoPHER y TRoPHI que revisan la Efectividad en Promoción de la Salud y aportan ensayos de intervenciones en este ámbito³⁸ **c)** tendencias actuales en la promoción de salud y los postulados, y recomendaciones de las distintas cartas y declaraciones de las conferencias mundiales de promoción de salud desde Ottawa 1986 hasta Nairobi 2009³⁹, por ejemplo, de esta última⁴⁰ fueron muy útiles los campos temáticos de salud conductual y alfabetización de salud, muy a tono con el trabajo que realizan los médicos de familia, **d)** los criterios de los miembros del grupo de desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral, todos con experiencias en actividades en este ámbito y opiniones de funcionarios del departamento de atención primaria de salud, departamentos docentes de MGI y médicos de familia de centros de promoción y educación para la salud, **e)** Las teorías educacionales utilizadas en la educación médica contemporánea, tales como los siete principios de la teoría de la educación de adultos o Andragogia de Knowles⁴¹, el aprendizaje autodirigido, el constructivismo y la práctica reflexiva⁴², **f)** los criterios de Glazman y de Ibarrola⁴³ para diseñar y evaluar un programa de instrucción, como la congruencia, continuidad e integración, vigencia y viabilidad y los criterios de Bastart y colegas⁴⁴ para diseñar y evaluar un programa de diplomado se tuvieron como variables para reflejar los resultados

Resultados

El programa del diplomado se confeccionó siguiendo los criterios de Bastart y colegas⁴⁴, y del reglamento de educación de postgrado de Cuba¹⁹, en este sentido se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

1. Experiencia institucional y del claustro:

Todos los profesores principales son especialistas de medicina general integral (MGI), de amplia experiencia en promoción de salud en su especialidad, todos másteres y con categorías docentes superiores, el coordinador es profesor auxiliar, especialista de II grado en MGI, investigador agregado y fundador de la extinta cátedra nacional de promoción de salud patrocinada por la escuela nacional de salud pública (ENSAP), con más de 15 años de experiencia, en funciones de promoción de salud, la vicecoordinadora es máster en salud pública graduada de la ENSAP, funcionaria del Centro Provincial de Promoción de Salud de Santiago de Cuba; todos estos profesores pertenecen al grupo de desarrollo de la promoción de salud en esta especialidad³⁰, participan otros profesores invitados de otras instituciones con altas calificaciones científicas y académicas

2. Pertenencia e impacto social:

El diplomado responde a las necesidades actuales de actualización y superación de los médicos de familia en este ámbito, a tendencias internacionales contemporáneas en la formación en educación y promoción de salud y da respuesta al lineamiento 159 de la política socioeconómica del país para los próximos años: *“Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria”*, también responde a una de las seis recomendaciones del “dictamen de la Comisión de Salud y Deporte sobre el informe de rendición de cuenta del Ministerio de Salud Pública a la Asamblea Nacional del Poder Popular” realizado el 24 de julio del 2012: *(Elevar la promoción y educación para la salud, propiciando una mayor participación de la población y la intersectorialidad en el enfrentamiento a los problemas de salud, buscando identificar una mayor percepción del riesgo individual y colectivo)*, en cuyo dictamen se reconoce que la promoción de salud *“aún no alcanzan los resultados esperados”* y debe *“buscar cambios en los estilos de vida a favor del incremento de la actividad física, una dieta balanceada, luchar contra el tabaquismo y el alcoholismo, y el control general de las enfermedades no transmisibles”*, herramientas de cambios que deben ser enseñadas a los que mejor posicionados están para lograrlas en su pacientes: los médicos de familia (Dictamen de la Comisión de Salud y Deporte sobre el informe de rendición de cuenta del Ministerio de Salud Pública a la Asamblea Nacional del Poder Popular. Periódico Granma, página 7)

3. Respaldo material y administrativo del programa de diplomado

Todos los policlínicos cuentan con equipamientos docentes como aulas, pizarras, tizas, computadoras, otros medios audiovisuales que son puestos a disposición del diplomado, previa coordinación con sus vicedirectores docentes; se cuenta además con el programa docente del diplomado

4. Bibliografía y acceso a la información

Varios de los profesores han escrito materiales docentes y documentos técnicos pertenecientes al grupo de trabajo ya citado³⁰, se han publicados artículos que serán muy útiles como materiales docentes^{4, 7, 45, 46, 47} y otros están pendientes de publicación⁴⁸, todas las bibliotecas de los policlínicos cuentan con accesos a Internet de ciencias de

la salud y médicas (infomed) desde donde los cursistas tendrán acceso a fuentes bibliográficas actualizadas en estos ámbitos, se está preparando un CD-ROM recopilatorio de toda la bibliografía docente, con referencias de los últimos 5 años.

5. Estrategias docentes.

Es coherente el contenido con los objetivos de aprendizaje de los discentes, acorde a las competencias identificadas, los métodos de enseñanza son actuales acorde a las tendencias contemporáneas en educación médica superior ^{42,49} y predominan los de elaboración conjunta y problémicos sobre los expositivos

6. Relación teoría –práctica:

Es aproximadamente 4/10, existen un predominio de actividades independientes y de actividades educativas en el trabajo, que establecen relación con los servicios de consejerías, educación grupal, consejos de salud y recursos comunitarios de la localidad

7. Calidad de los objetivos:

Están adecuadamente expresados, redactados en función de los discentes y no de los profesores, responden al diplomado y a los conocimientos, actitudes y habilidades que el cursista adquirirá durante los cursos, y después de terminado el diplomado.

8. Correspondencia de los objetivos:

Los objetivos se relacionan entre si en todos los módulos y con los del diplomado

9. Sistema de evaluación

Es completo, integrador y sistémico, no solo de forma parcial, sino también sumativa, integra elementos no usuales en nuestro medios ⁵⁰, como el portafolio ⁵¹, y herramientas para la evaluación de habilidades como el examen clínico objetivamente estructurado (ECOE) ^{52,53} en la evaluación de la comunicación y habilidades de educación al paciente y consejerías, la evaluación sumativa final tiene como colofón un tema de terminación de diplomado, que puede ser un protocolo de actuación ⁵⁴, tesina o trabajos de innovación tecnológica.

10. Perfil del egresado.

Una vez terminado el diplomado, el profesional será capaz de asesorar trabajos de intervención en promoción y educación para la salud, implementar servicios de estos ámbitos basados en evidencias científicas de efectividad y asesorar docentemente en estos temas tanto en pregrado como en postgrado. El discente una vez finalizado el Diplomado será capaz de asesorar en la investigación, docencia y asistencia en estos asuntos tanto a nivel local, como en cualquier nivel que lo requiera, lo que permitirá fortalecer estos ámbitos en la especialidad de medicina general integral, con expertos propios, los egresados del diplomado también podrían ser consejeros y educadores clínico de servicios ad hoc o permanentes implementados en el policlínico

El diplomado esta integrado por 4 módulos de 2 cursos cada uno, que totalizan 8 cursos, cada uno tiene una duración de 96 horas distribuidas en actividades lectivas e independientes. La duración total del diplomado es de 768 horas. Los módulos se dividen en modelos y enfoques teóricos relacionados con la promoción de salud, acciones individuales, grupales y comunitarias, en cada uno de los cursos están plasmadas competencias esenciales: 22 habilidades, 17 actitudes y los 9 temas de conocimientos previamente identificados en médicos de familia en investigación realizada por lo autores de este trabajo ³¹, para realizar en su campo de desempeño ⁴⁹

El Diplomado cuenta con institución sede, que puede ser un Policlínico base donde existan las condiciones necesarias, lo más viable y factible es que sea a tiempo parcial, inter-espaciado entre semanas, con extensión variable según sugerencias de los

cursistas y/o de las contingencias de la localidad, puede ser impartido a nivel municipal o provincial según la solicitud de los discentes y de la convocatoria que se haga, el área con la que se relaciona es con la atención primaria de salud, aunque es más apropiada para profesionales de éste nivel de atención que tengan relación directa con el paciente, no solo se dirige a médicos de familia, sino a enfermeros/as de este nivel con estas características, es un diplomado de promoción de salud “clínica”. La palabra “clínica” es definida por el diccionario de la real academia española de la lengua (DRAE) ⁵⁵ como “*ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento*”, por tanto un requisito de ingreso es su relación con el paciente, además de tener habilidades de computación, en idioma inglés (factible en todo médico/a de familia) y ser aprobado por su jefe inmediato superior.

El diplomado consta de 4 módulos, el módulo inicial introduce conceptos, nociones básicas y modelos y teorías en promoción y educación para la salud aplicables al área de trabajo del médico de familia; el resto de los módulos están relacionados con las áreas básicas de atención del médico de familia cubano: nivel personal, grupal y comunitario, todo lo anterior le da una secuencia adecuada lo que contribuye a una articulación lógica-pedagógica (principio de sistematicidad) según Glazman e Ibarrola ⁴³, en cada curso se insertan las competencias identificadas por los propios médicos de familia y los demás. acápites tenidos en cuenta en el diseño, descritos mas arriba en el método de este trabajo En el primer módulo introductorio se trató de que tuviera un nivel de asimilación productivo (“saber usar”), de manera de que el discente pudiera aplicar estos conocimientos en los cursos de los módulos subsiguientes, los siguientes módulos tienen un nivel de asimilación aplicativos (“saber hacer”) que se complementan con la labor asistencial a realizar en el consultorio y/o en la comunidad

Se evitó en todo momento el “teoricismo” y la historicidad, ubicados en un nivel reproductivo (“conocer y saber”) que son más propias de otras formas organizativas de enseñanzas

Sólo algunos ejemplos de conocimientos, actitudes y habilidades a tener por el cursista, se describen en el cuadro 1

Cuadro 1

Algunos ejemplos de temas, objetivos de aprendizaje y métodos instructivos en el Diplomado de Promoción de Salud Clínica

Módulo	Ej de Temas	Objetivos del cursista: <i>Al final del curso el discente será capaz de:</i>	Métodos instructivos y recursos educativos seleccionados
Conceptos , modelos y teorías en promoción de salud	Promoción de salud (PdS), educación para la salud (EpS), prevención, similitudes, diferencias Conceptos	-aplicar en actividades de PdS y EpS el método clínico-epidemiológico-social (holístico, ecológico, biopsicosocial) -poner ejemplos prácticos de su aplicación en su trabajo diario en el consultorio y/o comunidad -identificar en base de datos	-conferencias interactivas -búsqueda bibliográfica -aplicación practica de modelos y teorías -discusión grupal por modelos

	básicos, nociones, conferencias mundiales Modelos y teorías en PdS y EpS Enfoque holístico Paciente – centrismo PdS basada en evidencias empoderamiento	seleccionadas las técnicas y herramientas más eficaces de PdS basadas en pruebas científicas de efectividad -aplicar un enfoque paciente-centrado en las consejerías y plan de acción personal	-discusión grupal sobre efectividad, eficacia y efectividad de la PdS
Nivel personal	Empoderamiento personal Coaching de salud Adherencia terapéutica Motivación del paciente Toma de decisiones compartidas Automanejo Colocación de metas Alfabetización de salud Autoaplicación en salud	-aplicar de forma efectiva técnicas de educación al paciente -motivar al paciente aplicando técnicas motivacionales -lograr la adherencia del paciente al tratamiento y medidas preventivas -demostrar habilidades de entrevista motivacional breve -demostrar habilidades en consejería conductual en cada factor de riesgo comportamental -lograr una comunicación de riesgo efectiva -identificar pacientes tutores/mentores en la comunidad -lograr que el paciente sea más autorresponsable -lograr toma de decisiones compartidas con el paciente -lograr que el paciente comprenda lo que se le dice -hacer un plan de acción personal compartido con el paciente -reconocer barreras para el auto manejo -valorar sus propios comportamientos de salud y como se relaciona con lo que le orienta al paciente	Entrevista Motivacional Rol-play aplicando las técnicas enseñadas Tablas de balance decisional Discusiones grupales Lecturas comentadas de artículos científicos Talleres educación al paciente Presentación de casos reales de pacientes de consultorio Visitas a consultas de consejería de cesación tabáquica Visitas a consultas de consejería nutricional Visitas a consultas de consejería de actividad física. Elaboración de guía de observación en consejerías ECOE en habilidades de consejería y técnicas de educación al paciente
Nivel grupal/familiar	Educación grupal/familiar Consultas grupales Investigación en PdS /EpS Redacción y valoración de ayudas instructivas y mensajes de salud	-realizar una consulta grupal de lactantes, embarazadas, pacientes con algunas condiciones crónicas y de riesgo (adultos mayores etc.) -aplicar el modelo de educación popular de Paulo Freire (educación grupal madres de lactantes, embarazadas, jóvenes, mujeres, adultos etc.) -aplicar reglas de grupo -identificar y solucionar las situaciones más frecuentes en el grupo	-lecturas críticas de investigaciones en PdS/EpS -búsqueda activa en Infomed en base de datos de evidencias en PdS -visitas a sesiones de consultas grupales en consultorios seleccionados -visitas a sesiones de actividades educativas

		-realizar de forma efectiva investigaciones de intervención educativa-conductual, cualitativas y comunitarias -identificar evidencias científicas de efectividad en PdS y EpS -aplicar la metodología de investigaciones complejas en PdS -valorar, evaluar y redactar mensajes de salud y ayudas audiovisuales	grupales en el consultorio o policlínico
Nivel comunitario	Empoderamiento comunitario Intersectorialidad Participación social y comunitaria Determinantes sociales en la comunidad Impacto de las desigualdades sociales en los comportamientos de salud Abogacía en salud	-demostrar habilidades para hablar en público -preparar e impartir una charla educativa -diferenciar los distintos tipos de intervenciones educativas comunitarias y realizarlas -formar un consejo de salud comunitario (CSC) (convocar, negociar, deliberar, concertar...) -identificar determinantes sociales en su comunidad y describir como impactan en el comportamiento de salud de sus pacientes -realizar abogacía de salud en la comunidad -realizar actividades educativas comunitarias -identificar los recurso comunitario de ayuda al paciente -hacer un plan de acción participativo con/en el CSC -comunicar el riesgo de forma efectiva en la comunidad -describir con ejemplos como impactan las desigualdades sociales y culturales en las conductas de salud	-visitas a consejo de salud comunitario de consultorios seleccionados -entrevistas a líderes comunitarios formales e informales - Elaboración de informe escrito de 1000 palabras - Redacción de una charla aplicando los principios de la comunicación de riesgo -redacción de un plan de acción participativo real con los factores (líderes) de la comunidad según problema de salud priorizado -inventario de recursos socioculturales de ayuda a la salud -elaboración de carpeta (portafolio) sobre experiencias aprendidas en el Diplomado

Conclusiones:

El Diplomado llena una brecha en el actual contexto social y sanitario en nuestro país y da respuesta no solo al lineamiento 159 de la política socioeconómica, ya mencionado, sino a las áreas prioritarias del sistema de salud cubano, incluyendo el saber actuar en los esenciales factores relacionados con el comportamiento (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, drogas, dieta, nutrición, sedentarismo, no uso de condón) sino también en las acciones de información, educación y comunicación y de gestión intersectorial y abogacía de factores relacionados con el ambiente (agua, saneamiento,

vectores), enfermedades transmisibles, emergentes, reemergentes, enfermedades bucodentales, salud materno infantil, discapacidad, adulto mayor, salud escolar, laboral, condiciones crónicas no transmisibles y otros daños a la salud, reflejados en las proyecciones de la salud pública cubana para el 2015,⁵⁶ Aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas en los anteriores aspectos, no solo mejorará la salud pública de la población beneficiada, sino que incorporará a los profesionales de salud, nuevas herramientas, útiles para su práctica y desempeño, actual y futuro, no solo en los problemas de salud médico, sino en una concepción holística: social, cultural, psicológica, espiritual, intersectorial etc

Referencias Bibliográficas

1. McKenzie, J. F. Professional preparation: Is a generic health educator really possible? *American Journal of Health Education*, 2004 ;35(1), 46-48
2. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promot Pract*. 2009 Oct;10(4):505-16
3. Laverack G. Where are the champions of global health promotion?. *Global Health Promotion* 2012;19 (2): 63-65
4. Bonal Ruiz R. Niveles conceptuales de promoción de salud para su enseñanza en medicina familiar. Trabajo presentado al III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca iberoamericana, CIMF; X Seminario Internacional de Atención Primaria. Versión Virtual. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/617>
5. Hebert C. Evidence based medicine: Clinical health promotion in primary care. *HK Pract* 1998; 20:34-39.
6. Herbert C, Visser A, Green L. Clinical health promotion and family physicians. *Patient Education and Counseling* 1995;25:223-226.
7. Bonal Ruiz R. De la Promoción de Salud Clínica a la Promoción de Salud Comunitaria: un desafío a la Medicina Familiar contemporánea. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007 9 (4): 182-186.
8. Cuesta Mejías LA. ¿Medicina general integral o medicina familiar?. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(3): 12-20
9. Curtis S , Kohrs F, Little D, Kaprielian V, Gatipon B. Integrating Prevention Education into the Medical School Curriculum: The Role of Departments of Family Medicine. *Academic Medicine* 2000, 75(7) Supplement, July 2000, p S55–S59
10. Hauer KE, Carney PA, Chang A, Satterfield J. Behavior change counseling curricula for medical trainees: A systematic review. *Acad Med.* 2012;87:956–968
11. Hernández García JO, Santana Felipe A, Hernández González. B, Hernández ME, López Menes MC, García Imia I et al. Programa asignatura promoción de salud. *Medicina General Integral II*. Enero 2010.
12. Colectivo de autores. Programa de la asignatura Promoción de Salud. Abril 2010. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
13. Colectivo de autores. Programa de la asignatura Prevención en Salud. Julio 2010. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
14. Colectivo de autores. Programa de la asignatura Medicina Comunitaria. Julio 2010.. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.

15. Colectivo de autores. Programa de la Asignatura Medicina General Integral. Julio 2010. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
16. Colectivo de autores. Programa de Medicina General Integral del Internado Rotatorio. Abril 2010. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
17. Colectivo de autores. Programa de la asignatura Salud Pública. Abril 2010. Comisión Nacional de Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2010.
18. Colectivo de autores. Programa de la residencia de Medicina General Integral. La Habana: MINSAP; 2011.
19. Resolución No. 132/2004. Reglamento de Educación de Posgrado de la República de Cuba, MINSAP 2004
20. Campos-Outcalt D, Calonge N. Commentary: Adding Realism and Perspective to Behavioral Counseling Curricula for Medical Students. *Academic Medicine* 2012, 87(7):840–841
21. Silva Ayçaguer LC. Lo individual y lo contextual en la búsqueda de factores etiológicos. *Dimens Hum* 2002;6(3):117.
22. Saitz R, Horton NJ, Sullivan LM, Moskowitz MA, Samet JH. Addressing alcohol problems in primary care: A cluster randomized, controlled trial of a systems intervention: The screening and intervention in primary care (SIP) study. *Ann Intern Med*. 2003;38:372–382
23. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000165.
24. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, Meshefedjian G, Paradis G. Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med*. 2001;33(6):627-38
25. Weidinger KA, Lovegreen SL, Elliott MB, Hagood L, Haire-Joshu D, McGill JB, Brownson RC. How to make exercise counseling more effective: lessons from rural America. *J Fam Pract*. 2008 Jun;57(6):394-402.
26. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012 Mar 26;344:e1389. doi: 10.1136/bmj.e1389.
27. Lin J, Whitlock E, O'Conner E, Bauer V. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*.. 2008;149:497–508
28. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. 2008 ;54(12):1706-13.
29. González Valcárcel B, Álvarez Lauzarique ME. Evaluación preliminar del Diplomado en promoción de salud. *Educ Med Super*, 2010, 24(1):3-14.
30. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Soria Pineda E. Grupo de trabajo: promoción de salud en MGI en la SOCUMEFA. Santiago de Cuba. Trabajo presentado al III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca iberoamericana, CIMF; X Seminario Internacional de Atención Primaria. Versión Virtual. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/97/59>
31. Bonal Ruiz R, Garbey Acosta A, Marzán Delis M. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia seleccionados. Estudio cualitativo. *Revista Información científica*. 2012 ;76 (4) : (en prensa)

32. Warnecke E. What works? Evidence for lifestyle and nonprescription therapies in menopause. *Aust Fam Physician*. 2011 May;40(5):286-9.
33. McTigue KM, Conroy MB, Hess R, Bryce CL, Fiorillo AB, Fischer GS, Milas NC, Simkin-Silverman LR. Using the internet to translate an evidence-based lifestyle intervention into practice. *Telemed J E Health*. 2009 Nov;15(9):851-8
34. Hill EK, Alpi KM, Auerbach M. Evidence-based practice in health education and promotion: a review and introduction to resources. *Health Promot Pract*. 2010 May;11(3):358-66.
35. Doyle J, Waters E, Yach D, McQueen D, De Francisco A, Stewart T, Reddy P, Gulmezoglu AM, Galea G, Portela A. Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Mar;59(3):193-7.
36. Birtwhistle R, Pottie K, Shaw E, Dickinson JA, Brauer P, Fortin M, Bell N, Singh H, Tonelli M, Connor Gorber S, Lewin G, Joffres M, Parkin P. Canadian Task Force on Preventive Health Care: we're back!. *Can Fam Physician*. 2012 Jan;58(1):13-5.
37. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2010 - 2011: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010. Disponible en: <http://www.USPreventiveServicesTaskForce.org>.
38. Cofiño Fernández, R; Álvarez Muñoz, B; Fernández Rodríguez, S; Hernández Alba, R Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. *Aten Primaria*; 35(9): 478-483, may. 2005. Disponible en: http://www.osatzen.com/ficheros/psbe_E2.tmp.pdf
39. WHO. Milestones in health promotion. Statements from global conferences. Disponible en: <http://www.who.int/entity/healthpromotion/milestones.pdf>
40. World Health Organization. The 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Geneva; 2009. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>
41. Knowles MS and Associates. *Andragogy in action: applying modern principles of adult learning*. San Francisco: Edit . Jossey-Bass, 1984
42. Reg Dennick . Twelve tips for incorporating educational theory into teaching practices. *Medical Teacher*, 2012, 34 (8): 618–624.
43. Glazman R, de Ibarrola M. Sistematización de la enseñanza. En: Administración de la Tecnología Educativa. Unidad Modular No. 8. México DF: ILCE; 1991.
44. Bastart Ortiz E, Castro Boch M, Reyes Mediaceja M, Salvador Álvarez MJ . Guía de evaluación para programas de diplomados: Una propuesta necesaria. *MEDISAN* 2002; 6(2):108-115. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san18202.htm
45. Bonal Ruiz R, Almenares Camps H B , Marzán Delis M. Coaching de salud un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. (*Revista MEDISAN*, 2012, 16 (5): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san14512.htm
46. Bonal Ruiz R, Venereo Izquierdo A, Marzán Delis M, Camilo Colás VM. Intervenciones educativas: algo más que modificación de conocimientos (*Revista de Información Científica*. 2012, 74 (2): Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_74_No.2/interv_educ_medicion_conoc_rb.pdf

47. Marzán Delis M, Bonal Ruiz R. Fortaleciendo la Universidad por la Salud .Revista MEDISAN 2012, 16(2):1-3.Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_2_12/san01212.htm
48. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Castillo Frómeta M, Rubán Alfaro MA. Alfabetización de salud y promoción de salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN 2013, 17(1) (en prensa)
49. Salas Perea RS. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Educ Med Super, 2012 ,26 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. González Such J. Modelos, procedimientos e instrumentos de evaluación de la actividad docente. Educación Médica, 2003, 6 (3) :disponible en: <http://scielo.isciii.es/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Ededu&format=iso.pft&lang=e&limit=1575-1813>
51. Ruiz-Moral, R. y Grupo de Implementación del Portafolio del Residente en la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba, Opiniones de tutores y residentes tras aplicar un sistema de evaluación formativa tipo portafolio: la nueva propuesta de 'Guía de práctica reflexiva' del *Libro del especialista en Medicina de Familia en formación*. Educ. Méd., 2008, 11(3).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300007&lng=es&nrm=iso
52. Schwartzman E, Hsu DI, Law AV, Chung EP. Assessment of patient communication skills during OSCE: examining effectiveness of a training program in minimizing inter-grader variability. Patient Educ Couns. 2011;83(3):472-7.
53. Núñez Tapia RM; Salas Perea RS, Rodríguez-Orozco AR. El examen clínico objetivo estructurado como herramienta para la evaluación de competencias clínicas del internado de pregrado. Educ Med Super, 2008, 22(1): disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100005&lng=es&nrm=iso
54. Mustila T, Keskinen P, Luoto R. Behavioral counselling to prevent childhood obesity - study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care.BMC Pediatr. 2012 3;12(1):93.
55. Diccionario de la Lengua Española - Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://www.rae.es/drae/>
56. MINSAP. Proyecciones de la salud pública cubana para el 2015. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana.2006