ARTÍCULO PEDAGÓGICO

Intervenciones educativas: algo más que medición de conocimientos

Educational interventions: more than just measuring knowledges

Dr. Rolando Bonal Ruiz¹, Dr. Luis Armando Venereo Izquierdo², Dra. Mercedes Marzán Delis³, Dr. Víctor Manuel Camilo Colás⁴

¹ Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Investigador agregado. Profesor Auxiliar. Policlínico "Ramón López Peña". Santiago de Cuba. Cuba.

² Especialista de I Grado en Epidemiología. Asistente. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Santiago de Cuba. Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario "Frank País García". Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

Los cambios en salud pública de los últimos tiempos, como el envejecimiento, con alta prevalencia de condiciones crónicas, baja natalidad, confluencia de situaciones ambientales de largo plazo, grupos poblacionales vulnerables, hacen necesario intervenciones educativas profundas para permitirles a pacientes/usuarios que manejen su condición autorresponsablemente de forma compartida con el personal de salud. Las intervenciones educativas sólo son efectivas en la medida que produzcan resultados medibles. Resultados a corto plazo para ganar conocimientos, es el primer paso, sin embargo, transferir conocimientos no es suficiente para provocar resultados positivos. Se exponen últimas tendencias de la educación para la salud e intervenciones educativas conductuales, elementos de cómo hacer una intervención educativa efectiva. Se reflexiona en la necesidad de fortalecer este aspecto en formaciones salubristas avanzadas de postgrado y no obviarlas como investigación, tomando en cuenta a los centros de Promoción y Educación para la Salud como entes metodológicos en estos ámbitos.

Palabras clave: enfermedad crónica, rehabilitación, educación del paciente como asunto

ABSTRACT

Recent public health changes, such as: aging, with a high prevalence of chronic conditions, a low birth rate, confluence of long-term environmental situations, and vulnerable population groups, require deep educational interventions to allow patients / users to manage their Self-responsibility in a share way with health personnel. Educational interventions are only effective to the extent that they produce measurable results. Short-term results to gain knowledge, is the first step, however transfer knowledge is not enough to bring about positive results. It presents the latest trends in health education and behavioral educational interventions, elements of how to make an effective educational intervention. It reflects on the need to strengthen this aspect in advanced postgraduate health education and not to ignore them as research, taking into account the Centers for Promotion and Education for Health as methodological entities in these areas.

Keywords: chronic disease; rehabilitation; patient education as a subject

INTRODUCCIÓN

Los cambios en la salud pública en los últimos años, representan un mayor envejecimiento, baja natalidad, alta prevalencia de condiciones crónicas¹, que hacen necesario intervenciones educativas en profundidad para permitir a los pacientes que manejen su enfermedad de forma autorresponsable y compartida con el profesional de salud

La educación al paciente y a la familia se hace requisito indispensable para una atención de calidad², sobre todo en condiciones a largo plazo.³

Habitualmente la educación al paciente se basa en la transferencia de conocimientos desde la posición de experto, que significa el profesional de salud y, en base a esta perspectiva, se asume que más conocimiento redundará en un mejor comportamiento y en mejores resultados de salud, por tanto, medir si aumentó o no el conocimiento

se presume como una medida de resultado efectiva en una intervención de salud; por ejemplo, el sentido común que implica que muchos médicos fumadores continúan haciéndolo, hace dudar de que solo el conocimiento conducirá a un cambio de comportamiento.⁴

Las intervenciones educativas que modifican conocimientos es un tipo de investigación muy popular en este medio, en alguna revista constituye de 5 a 10 % de las publicaciones por números (CPPEPS-SC. Investigaciones en promoción de salud publicadas en la Revista Medisan 2005-2010. Documento técnico. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. 2011).

Ganar conocimientos es un primer paso, que conlleva a resultados a corto plazo, sin embargo, no es suficiente para resultados más consistentes.⁵

Intervenciones basadas en habilidades conductuales, parecen ser más efectivas que intervenciones basadas solo en la simple modificación de conocimientos.⁶

DESARROLLO

Diferencia entre la educación tradicional al paciente y la educación efectiva al paciente

La educación para la salud tradicional, que es llamada frecuentemente en los escenarios de la atención asistencial clínica, educación al paciente⁷, por lo general es pasiva, se hace con el objetivo de informar, reduciendo comúnmente el educar con el informar, la educación se basa en el conocimiento específico de la enfermedad o condición, asumiendo que el conocimiento modifica la conducta. Una educación efectiva, está basada en pruebas científicas o evidencias de efectividad.⁸

La educación efectiva: es activa, interactiva, se hace participar al paciente, involucrándolo en las actividades propias de su condición, recordar el proverbio chino que plantea: "Lo que se oye se olvida, lo que se ve se recuerda, lo que se hace se aprende".⁹

En ocasiones el hecho de utilizar técnicas participativas afectivas¹⁰ en las intervenciones educativas, no quiere decir que el paciente se involucre, en ocasiones se usan más las técnicas de animación, con la falsa creencia de estar "participando"

La educación efectiva: usa habilidades conductuales¹¹, como las técnicas de solución de problemas¹², técnica de colocación de

metas¹³, y otras técnicas que facilitan un plan de acción personal¹⁴ acorde a la condición específica del paciente.

La educación tradicional esta basada en la intuición y el conocimiento biomédico del profesional de salud, que orienta, informa, según su propia experiencia y la de los libros de textos, esta idea hace asumir la creencia de que cualquier profesional puede educar al paciente y su familia

La educación efectiva: esta basada en teorías y modelos de aprendizaje y modelos conductuales¹⁵, que es necesario que el profesional que pretenda educar, al menos tenga nociones de ellas.

La educación tradicional asume que es suficiente con el conocimiento de los profesionales de salud, al cual se les llama "experto"

La educación efectiva: tiene en cuenta la experiencia del vivir con una condición de larga duración (paciente como experto).¹⁶

En la educación tradicional son frecuentes las prohibiciones desde fuentes externas (Ej. no fumes, no ingieras grasa animal) o se le dice o manda al paciente lo que hay que hacer. En la educación efectiva se busca que el propio paciente perciba sus limitaciones, desde sus propias vivencias internas.¹⁷

En la educación tradicional subyace el miedo como motor de cambio (externo). La educación efectiva se basa en las motivaciones internas del paciente.¹⁸

En la educación tradicional se fragmentan los factores de riesgo, en diferentes objetivos, a un mismo paciente que a la vez fuma, es sedentario, ingiere pocas fibras vegetales, se le hace ver como factores de riesgo diferentes, enlazándolos con una condición crónica según el predominio de la enfermedad, en la educación efectiva se ven los factores de riesgo bajo un denominador común: factores aterogénicos, a los que hay que valorar integralmente, aunque se prioricen su abandono o incorporación según las metas y posibilidades que se trace el propio paciente, y desde una perspectiva integral y de antecedente familiar.¹⁹

La educación tradicional se conforma con informar y que el paciente aumente sus conocimientos como únicos resultados. La educación efectiva: además de la mejora de los conocimientos de la enfermedad o condición se esfuerza por mejorar las habilidades psicosociales relacionadas con su condición, y otros resultados como los resultados clínicos: (mejora o disminución de las cifras fisiológicas, de signos y síntomas, de exámenes complementarios), mejora del estatus de salud (mejora de la salud autopercebida); utilización de los servicios

de salud (disminución de los ingresos hospitalarios); productividad (disminución del ausentismo laboral), calidad de vida del paciente, estado funcional del paciente, satisfacción del paciente con el servicio, comportamientos de riesgo, uso de servicios y recursos comunitarios, adherencia del paciente al tratamiento.⁸

Barlow y colegas (2002)²⁰ ofrecen ejemplos de disímiles resultados de intervenciones educativas en diferentes condiciones crónicas, que se muestran más adelante.

La educación tradicional busca el cumplimiento del paciente de lo que se le dice. La educación efectiva: pretende aumentar la autoeficacia, o sea la capacidad percibida de que la persona puede afrontar o modificar su comportamiento.²¹⁻²²

En la educación tradicional el educador por lo general usa un método expositivo, priorizando las conferencias, desde su experiencia de experto, adopta un papel de profesor, con una actitud paternalista; en la educación efectiva el educador usa un método participativo, priorizando el diálogo, la participación activa del paciente, adopta un papel de mediador o facilitador, con una actitud flexible.²³

La educación tradicional por lo general es impartida por un profesional de salud. La educación efectiva: es multiprofesional y es ofrecida por facilitadores pares o iguales, previamente adiestrados²⁴, acompañados o no, por profesionales de salud, en ocasiones usa profesionales de otros sectores.²⁵

La Tabla 1 ofrece diferencias entre una educación tradicional y una educación efectiva, modificado de: Bodenheimer y colegas²⁶ (2002) y Galarza²⁷ (2008).

Tabla 1. Diferencias entre educación tradicional y educación efectiva

LO QUE HABITUALMENTE SE HACE	LO QUE DEBE SER
Educación al paciente (tradicional)	Educación al paciente (basada en evidencias)
Por lo general pasiva	Interactiva
Objetivo primario	
Instruir/informar	Mejorar resultados (Tabla 2)
Asume que el conocimiento modifica la conducta	Asume que el conocimiento , más habilidades sociales , más el contexto modifican conductas
Basada solo en transmisión de conocimiento	Basada en habilidades de solución de problemas

Basada en la intuición y el conocimiento biomédico de experto	Basada en teorías de aprendizaje y de las ciencias sociales
Asume que es suficiente con el conocimiento de los profesionales de salud expertos	Tienen en cuenta la experiencia del vivir con una condición de larga duración (paciente como experto)
son frecuentes las prohibiciones desde fuentes externas (Ej. no fumes)	Se busca que el propio paciente perciba sus limitaciones
Subyace el miedo como motor de cambio (externo)	Se basa en las motivaciones internas del paciente
Se fragmentan los factores de riesgo y en diferentes objetivos	Se integran los factores de riesgo y en objetivos comunes
Meta:	
Cumplimiento del paciente de lo que se le dice	Aumentar la autoeficacia (capacidad percibida de la persona de que puede afrontar y hacer los cambios)
Educador	
El papel del educador Usa un método expositivo: Actitud paternalista	Usa un método participativo, actúa como facilitador o mediador
Un profesional del sector salud	Un profesional de salud más un facilitador par y/o facilitador par solo previamente adiestrado y/o Profesionales de otros sectores

En la Tabla 2 se relacionan los resultados según condiciones crónicas (Barlow J 2002)²⁰ modificados antes y después de la intervención educativa.

Tabla 2. Relación de resultados según condiciones crónicas modificados antes y después de la intervención educativa

	CONDICIÓN	RESULTADOS
Estatus de salud física	Todas las condiciones	Fatiga, trastornos del sueño.
	Artritis	Fatiga, dolor, funcionamiento físico
	Diabetes mellitus	Días sin síntomas
	Enfermedad arterial coronaria	Intensidad, frecuencia de dolor

		en el pecho
	VIH	Fatiga, fiebre, sudores nocturnos, dolor
Estatus de salud psicológica	Todas las condiciones	Ansiedad, depresión, satisfacción con la vida, locus de control, autoestima, incertidumbre
Calidad de vida/estatus de salud	Todas las condiciones	Perfil de impacto de la enfermedad SF36
Medicación	Artritis	Uso de AINE
	Asma	Uso de salbutamol, nebulizador, esteroides orales
Conocimientos	Todas las condiciones	Condiciones del tratamiento
Pruebas de laboratorio	Artritis	Factor reumatoideo
	Diabetes mellitus	Glicemia, colesterol, Hba _{1c}
Conducta de automanejo	Todas las condiciones	Asertividad, manejo cognitivo de síntomas, habilidades de comunicación, ingestión de alimentos, síntomas, ejercicios, relajación.
	Asma	Manejo de la medicación
Recursos de salud	Todas las condiciones	Médico de familia, especialistas, visitas al médico
	Asma	Tratamiento de emergencia
Costos		Costos directos: visitas al médico de familia, estancia del paciente en el hospital.

Leyenda: SF36 = 'Short Form 36' (formulario corto, de su traducción en inglés) es un cuestionario que mide el estado genérico de salud o calidad de salud a través de 36 incisos.

AINE = antiinflamatorios no esteroideos

HbA_{1c} = Hemoglobina glucosilada: es el promedio de glicemia durante el período de 3 meses precedente y resulta útil para supervisar el control global de diabetes mellitus.

John H y colegas (2011)²⁸ dan otras recomendaciones, además de las anteriores, para una educación efectiva:

- Investigar las creencias y necesidades de salud del paciente, y los programas nacionales de salud y/o guías de prácticas clínicas (GPC)²⁹, relacionadas con el problema de salud o condición en la cual se pretenda educar
- Asegurar que los objetivos y contenidos de una intervención educativa al paciente sean congruentes
- Involucrar en la educación del paciente las parejas o familiares o personas significativamente afectivas
- Evaluar en el programa educativo, no solo los resultados cognoscitivos, sino los resultados clínicos y otros resultados (Ver Tabla 2).
- Proveer retroalimentación.

Aunque la educación al paciente se da tanto a pacientes con condiciones agudas como crónicas, el grueso de la educación se da a pacientes con condiciones de larga evolución, en la que es necesario que el propio paciente maneje su condición, a fin de volverse más autorresponsable, sin descuidar los recursos de la propia comunidad y el contexto socioeconómico.

Battersby (2009)³⁰ define el automanejo de la condición crónica como "un proceso que incluye un amplio set de actitudes, conductas y habilidades."

Se dirige a manejar el impacto de la enfermedad o condición(es) en todos los aspectos de la vida del paciente con una condición crónica. Incluye, pero no se limita al autocuidado y también pueden abarcar la prevención.

Los aspectos siguientes contribuyen a este proceso:

- Tener conocimiento de la condición y su manejo.
- Adoptar un plan de cuidado de automanejo acordado y negociado en asociación con profesionales de salud, otros seres significantes y cuidadores.

- Toma de decisiones compartidas activamente con los profesionales de salud, otros seres significantes y cuidadores.
- Monitoreo y manejo de signos y señales de la condición.
- Manejo del impacto de la condición en el funcionamiento físico, emocional, profesional y social.
- Adoptar estilos de vida que se dirijan a factores de riesgo y promuevan la salud enfocándose en la prevención y la intervención temprana.
- Tener acceso a los servicios de apoyo y confianza en la habilidad de usarlos.”

Bodenheimer y autores (2002)²⁶ hacen énfasis en la educación de automanejo de la enfermedad crónica y la destacan junto a la ayuda que hagan al paciente para manejar su condición, los profesionales de salud, cuidadores y el propio sistema de salud, lo que se da en llamar “apoyo al automanejo”, este término también es uno de los componentes del modelo de atención al paciente crónico, que propugna la Organización Mundial de la Salud.³¹

Desafío de una educación efectiva al paciente para la formación de los profesionales de salud

La educación para el automanejo de las enfermedades crónicas, junto al apoyo al automanejo representan dos de las competencias que deben tener los profesionales de salud del siglo XXI.³²

Independientemente que el término “automanejo”, no es muy conocido en este medio y a veces se intercambia con otros términos parecidos³³, se empiezan a ver más publicaciones en lengua hispana, que usen este enfoque.³⁴

Funciones de los centros de promoción y educación para la salud

Los centros de promoción y educación para la salud, tienen potencialidades para sensibilizar con una educación al paciente efectiva; teniendo en cuenta, que son entidades metodológicas, formadoras docentes de profesionales, y que uno de los llamados a la acción en la política económica y social para el futuro del país, fue en su proyecto de lineamiento, el que refiere: "Fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas"³⁵, en su lineamiento definitivo: 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.³⁶

CONCLUSIONES

La educación al paciente y su familia, es un indicador de calidad en la atención médica, que debe hacerse siguiendo criterios, de lo que ha demostrado ser efectivo, basados en pruebas científicas de efectividad, a nivel mundial, la usual transmisión de información, que se traduce en más conocimientos, pero no necesariamente en cambios de comportamientos, no debe ser el único propósito con que se mida una intervención educativa.

La situación del cuadro de salud a nivel local y nacional con un predominio de condiciones de salud de largo término, amerita que los profesionales de salud deban estar preparados, para llevar a cabo con eficacia, efectividad y eficiencia esta labor y en esto, los centros de promoción y educación para la salud juegan una importante labor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. MINSAP. Anuario estadístico de salud 2010. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública; 2011.
2. Bertrán MJ, Jansa M, Santiñá M, Prat A, Trilla A. Estándares de calidad de actividades educativas dirigidas a pacientes y familiares en un hospital universitario. Rev. Calidad Asistencial. 2011; 26:5-11.
3. WHO. 2008-2013 Action Plans for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Córdoba R, Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. Med Clin (Barc). 2005; 125:154-157.
5. Bensley LB. Values and morals: Bridging the gap between knowledge and behavior (AAHE Scholar Address). Journal of Health Education. 1996; 27(6): 332-337.
6. Jones JM, Papadakos J, Bennett C, Blacker S, Catton P, Harth T et al. Maximizing your Patient Education Skills (MPES): a multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. Patient Educ Couns. 2011; 84(2):176-84.
7. Falvo DR. Effective patient education: A guide to Increased Compliance. 3ªed. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2004. p.25.
8. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell G, et al. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. Med J Aust. 2008; 188 (8 Suppl): S53-S56.
9. Díaz Novás J, Gallego Machado B. Aforismos, proverbios, lemas y consejos (IV). Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20(5-6).

10. Rodríguez Arce MA. Técnicas participativas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
11. Achterberg TV, Huisman-de Waal GGJ, Ketelaar NABM, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HCH. How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promot Int.* 2011; 26(2): 148-162.
12. Antonucci J. A New Approach to Group Visits: Helping High-Need Patients Make Behavioral Change. *Fam Pract Manag.* 2008; 15(4):A6-A8.
13. DeWalt DA, Davis TC, Wallace AS, Seligman HK, Bryant-Shilliday B, Arnold CL, et al. Goal setting in diabetes self-management: taking the baby steps to success. *Patient Educ Couns.* 2009; 77(2):218-23.
14. Seden MF, Nault D, Hamd DH, Bourbeau J. A Self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. *COPD.* 2009; 6(5):352-8.
15. Glanz K, Bishop DB. The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annu Rev Public Health.* 2010; 31:399-418.
16. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century [internet]. London: Crown; 2001[citado 11 noviembre 2011]. [aprox. 39p.]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018578.pdf
17. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Guilford Press. 2008.
18. Kreitzert MJ, Sierpina VS, Lawson K. Health Coaching: Innovative Education and Clinical Programs Emerging. *EXPLORE. The Journal of Science and Healing.* March 2008; 4 (2): 154-155.
19. Claassen L, Henneman L, Janssens AC, Wijdenes-Pijl M, Qureshi N, Walter FM, et al. Using family history information to promote lifestyles and prevent diseases, a discusión of the evidence. *BMC Public Health.* 2010 May 13;10:248.
20. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002 Oct -Nov; 48(2):177-87.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence: Behavioural change at population, community and individual levels [internet]. 2007[citado 11 noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/PH6>
22. Bandura. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev.* 1977; 84: 191-215.
23. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" setting: an empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns.* 2010 May;79(2):178-84.

24. Webel AR, Okonsky J, Trompeta J, Holzemer WL. A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *Am J Public Health*. 2010 Feb; 100(2):247-53.
25. Bonal Ruiz R. Evaluación cualitativa del programa de automanejo de enfermedades crónicas en adultos mayores del policlínico "López Peña" [tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2008.
26. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002 Nov 20; 288(19):2469-2475.
27. Galarza CR. Gestión de Programas para el Manejo de Enfermedades Crónicas (E.C.). Área Estrategias Educativas para la Salud, Plan de Salud. Buenos Aires: Hospital Italiano; 2008.
28. John H, Hale ED, Bennett P, Treharne GJ, Carroll D, Kitas GD. Translating patient education theory into practice: developing material to address the cardiovascular education needs of people with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 Jul [citado 11 noviembre 2011]; 84(1):123-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839911000385X>
29. Toledo Fernández AM, Cabrera Cruz N, Arteaga García A, Mejías Sánchez Y. Calidad de las guías de práctica clínica cubanas. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 11 noviembre 2011]; 37(3): [aprox. 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000300015&script=sci_arttext&tlng=en
30. Battersby M, Lawn S. Capabilities for Supporting Prevention and Chronic Condition Self-Management: A Resource for Educators of Primary Health Care Professionals. Australia: Commonwealth; 2009.
31. Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, Pol De V, et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. *Revista Medisan* [Internet]. 2011 [consultado 11 noviembre 2011]; 15(11). http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_11_11/san121111.htm
32. OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2005 [citado 1 septiembre 2007]. p.28-32. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf
33. Bonal Ruiz R, Cascaret Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN* [internet]. 2009 [2 de diciembre del 2011]; 13(1): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san18109.htm
34. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Téllez A, et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-

manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. Rev Méd Chile. 2010; 138(6): 729-737.

35. Proyecto de Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución 2010 [Internet]. [citado 3 febrero 2011]. Disponible en: <http://lapupilainsomne.files.wordpress.com/2010/11/proyecto-lineamientos-pcc.pdf>
36. Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución: IV Congreso del Partido Comunista de Cuba [Internet]. 18 de abril de 2011 [citado 3 diciembre 2011]. p41. Disponible en: <http://www.granma.co.cu/secciones/6to-congreso-pcc/Folleto%20Lineamientos%20VI%20Cong.pdf>

Recibido: 20 de enero de 2012.

Aprobado: 22 de febrero de 2012.

MsC. Rolando Bonal Ruiz. Policlínico "Ramón López Peña". Santiago de Cuba. **Email:** bonal@medired.scu.sld.cu