

Salud Familiar en las Américas

Medwave 2013;13(3):e5634 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5634

Medicina familiar en Cuba

Family medicine in Cuba

Autores: Eduardo Alemañy Pérez^(1,2), Georgia Díaz-Perera Fernández⁽²⁾

Filiación:

⁽¹⁾Sociedad Cubana de Medicina Familiar

⁽²⁾Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

E-mail: eduardoj@infomed.sld.cu

Citación: Alemañy E, Díaz-Perera G. Family medicine in Cuba. *Medwave* 2013;13(3):e5634 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5634

Fecha de envío: 11/11/2012

Fecha de aceptación: 30/1/2012

Fecha de publicación: 1/4/2013

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por dos pares revisores, a doble ciego

Palabras clave: family medicine, primary care, general medicine, family practice, program, human resources training

Resumen

El sistema de salud cubano ha desarrollado en los últimos 50 años, un grupo de programas para garantizar su misión social: lograr un estado de salud de la población que se corresponda con la prioridad establecida por las máximas autoridades del país. En respuesta al llamado del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, de crear un médico diferente y un nuevo especialista considerando las necesidades de atención de la población cubana, se implementó el modelo del médico de familia. Por ello, en la década de los años ochenta inicia el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. También se crea la medicina general integral como especialidad médica para los servicios de la atención primaria de salud. Ambas acciones se constituyeron en un eslabón fundamental en el desarrollo de los servicios de la salud pública cubana de las últimas décadas. En este artículo se presenta un recuento de las particularidades y características de estos procesos resaltando su impacto en indicadores de salud, así como la participación de esta especialidad en la formación de recursos humanos para el sistema de salud.

Abstract

Over the past 50 years, the Cuban health system has been developing a roster of programs to ensure its social mission: to achieve a health status of the population consistent with the priority established by the highest authorities of the country. In response to the call of the Commander in Chief, Fidel Castro Ruz, to create a different doctor and a new specialist that would take into account the needs of the Cuban population; the family doctor model was implemented. Thus, in the decade of the eighties, the "Family Doctor and Nurse Working Program" was established, together with the corresponding polyclinic and hospital. At the same time, comprehensive general medicine as a medical specialty was created to serve the primary health care services. Both actions constituted a vital component in the development of Cuban public health services in recent decades. This article presents an account of the unique characteristics of these processes, while highlighting their impact on health indicators, as well as the participation of this specialty in the training of human resources for the health system.

Introducción

La medicina familiar en Cuba ha estado ligada al desarrollo del sistema de salud que durante el período revolucionario ha garantizado el cumplimiento de su encargo social implementando un grupo de programas destinados a lograr un estado de salud en la población que se corresponda con la prioridad y voluntad política

establecida en el país. Estos se han desarrollado en la atención primaria de salud debido a que su objetivo fue promover salud, prevenir y controlar riesgos, enfermedades y daños, ejecutándose la mayor parte de estas acciones por los prestadores de servicios a ese nivel. Entre ellos destacan el programa de atención materno-

infantil, el de vacunación, de prevención y control de enfermedades infecciosas y transmisibles, el de control de las enfermedades crónicas, de atención al adulto mayor¹.

A partir de las condiciones creadas en el ámbito social y, en particular, en el sistema de salud, se implementó en 1984 el modelo del médico de familia, generando un cambio importante en la organización y métodos de la salud pública. Se necesitaba que situara a ese profesional como el responsable de la salud de los individuos, las familias y el medio¹. Ello respondió a la idea del Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, de crear un médico diferente y un nuevo especialista que contribuyera a alcanzar mejores niveles de salud e incrementara el nivel de satisfacción de la población*.

En 1988 se elabora el Programa de Trabajo para el Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. Dicho programa integró en un solo sistema acciones que respondían a las ideas que guiaron en su implementación al nuevo modelo de atención.

En la década de los ochenta surge una nueva especialidad médica, la medicina general integral, como especialidad efectora de los servicios en la atención primaria de salud. Por su origen esta especialidad constituye un elemento renovador y revolucionario dentro del sistema, tanto en el orden asistencial como docente³. La presencia de este especialista permitió modificar de manera importante el cuadro de salud de la población cubana mejorándolo notablemente en estas cinco décadas.

A partir del desarrollo alcanzado en la atención primaria de salud, el cuadro de salud de la población y las transformaciones realizadas en el sistema de salud en función de su continua mejora en el año 2011, se realizó un perfeccionamiento que resultó en un documento denominado "Programa del Médico y la Enfermera de la Familia" ratificándose como una versión renovada del programa implementado en los años ochenta².

Situación sanitaria en Cuba prerrevolucionaria y primeros años de los sesenta

Antes de 1959, en Cuba existía pobre higiene ambiental, muy bajos niveles nutricionales, altas tasas de mortalidad infantil y materna, baja expectativa de vida, elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, escaso desarrollo de los sistemas de servicios públicos, con una atención médica limitada a la consulta privada y algunos servicios externos en hospitales y clínicas con un carácter eminentemente curativo. La actividad docente se realizaba solo en La Habana, se reducía fundamentalmente a la teoría, estaba desvinculada de los problemas de salud, de la realidad sanitaria y social de la población⁴.

Cuando triunfa la Revolución** existían en el país alrededor de 6.000 médicos concentrados en la capital. Como parte de las maniobras del gobierno de los Estados Unidos para derrotar el proceso triunfante, se promovió el éxodo de cerca de la mitad de estos profesionales⁵.

El Sistema Nacional de Salud se fundó en la década de los 60 y establece hasta la actualidad seis principios básicos:

- Carácter estatal y social de la medicina
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios de salud
- Orientación profiláctica y promocional
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica
- Participación de la comunidad
- Colaboración internacional

Estos principios representan un Sistema Nacional de Salud universal, gratuito, accesible, regionalizado e integral, al alcance de todos los ciudadanos, con independencia de su filiación política, color de la piel, sexo o creencia religiosa; con una amplia participación social e intersectorial y una profunda concepción internacionalista.

Bases para el desarrollo del modelo del médico de familia

Como continuidad de la estrategia de salud para los más necesitados, en los primeros años de la década del sesenta se desarrolla el Servicio Médico Rural que permitió extender la atención primaria y secundaria hasta los lugares más apartados del país.

En 1961 se produce la integración del Sistema Nacional de Salud al promulgarse la Ley N° 959 que señala al Ministerio de Salud Pública como rector de todas las actividades de salud del país. Estas incluyen a las unidades privadas y mutualistas. Estas unidades se convierten progresivamente en hospitales u otros tipos de instituciones estatales debido al desarrollo de carácter estatal que va adquiriendo la salud pública, por lo que hacia finales de esta década desaparecen las formas del servicio privado.

En 1963 se puso en práctica la atención integral sobre la base de un modelo asistencial a cargo de médicos en el policlínico y la realización de terreno por auxiliares de enfermería y trabajadores sanitarios distribuidos por sectores de 2.000 habitantes⁴.

El policlínico integral se caracterizó por una medicina integradora, preventiva y curativa. En ellos se ejecutaron acciones de salud sobre las personas y el medio como respuesta a los problemas de salud prevalentes. Su éxito mayor fue disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y sentar las bases del programa para la disminución de la mortalidad infantil⁴.

En la década del setenta, en concordancia con la Declaración de Alma Ata, se instauró un nuevo modelo que dio respuesta a los cambios ocurridos en el cuadro de salud donde predominaban las enfermedades crónicas. Así surge el modelo de medicina comunitaria que mantuvo los principios del policlínico integral, pero aplicó nuevos procedimientos. El nuevo modelo dotó a los policlínicos con especialistas en medicina interna, pediatría y ginecología con una elevación de la calidad de la visita domiciliar realizada por el médico⁴.

El fortalecimiento de los sistemas de atención comunitaria, la institucionalización de la formación de especialistas, la ejecución de programas de salud a nivel primario, el incremento de los servicios y la accesibilidad de estos a la población, junto al desarrollo de los recursos materiales y humanos, generaron cambios que propiciaron la necesidad de un sistema que se dedicara cada vez más a promover y prevenir a través de un programa más integral y cercano al medio en el que se desarrolla el individuo, la familia y la comunidad.

Modelo del médico de familia

Como respuesta a la necesidad que generaron las condiciones de salud y niveles de vida alcanzados en la década del ochenta, se inicia el modelo del médico de familia. Además, se establece el programa en su primera versión y surge la Medicina General Integral como especialidad médica. En 1984 se inicia este modelo como el plan de las 120 familias. En 1988 se integra en el "Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital".

Con la incorporación del médico y la enfermera de la familia al consultorio en la comunidad y otras ubicaciones, se producen transformaciones positivas en la atención médica ambulatoria. Esto propició cambios en los programas de salud y en las formas de evaluación y control, valorando los resultados a través de las acciones tomadas y de las modificaciones cualitativas logradas y no en el alcance de metas numéricas.

Las actividades se programaron a partir de las familias sin olvidar las acciones individuales que corresponden a grupos priorizados. En los objetivos del programa se agrupó el pensamiento médico en propósitos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y rehabilitación. Se incluyeron los aspectos sociales e higiénico sanitario teniendo en cuenta la integración con todos los factores de la comunidad. Los profesionales debían alcanzar la condición de especialistas altamente calificados mediante un proceso docente basado en las experiencias de su práctica en la comunidad.

Desde su implantación el programa tuvo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la atención primaria de salud, así como los principios de la salud pública y las particularidades de la medicina familiar cubana. Su límite geográfico fue el territorio nacional y su universo abarcó a la población residente en el país. Cada policlínico, concebido como área de salud, define el número de consultorios para garantizar la atención integral a una población que no exceda los 1.500 habitantes.

El médico y la enfermera de la familia conforman el equipo básico de salud que organiza su trabajo según las necesidades de su población empleando para ello la dispensarización. Se entiende la dispensarización como el proceso organizado, continuo y dinámico que permite la evaluación e intervención planificada sobre la situación de

salud de personas y familias, así como la clasificación en grupos según la condición de supuestamente sanos, con riesgos, enfermos o con discapacidad en el caso de las personas y de las familias con o sin problemas de salud.

El equipo básico de salud emplea el análisis de la situación de salud de su comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. Dicho análisis persigue identificar las características que inciden en la salud de la población, así como los problemas que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto. Este proceso se propone entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas identificados, concibiéndose como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con el contexto, los riesgos, los servicios de salud, los daños a la salud en las personas y las familias, así como la participación de la población y otros sectores en la solución de los problemas presentes en la comunidad.

El grupo básico de trabajo es una unidad organizativa del policlínico conformada por no más de 20 equipos básicos de salud que se ajusta según las características de la comunidad. También lo integran un especialista en medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatra, licenciado en psicología, licenciado en enfermería, estomatólogo, técnicos en estadística, uno o dos técnicos de higiene y epidemiología y un trabajador social. Un médico especialista en medicina general integral con categoría docente dirige este grupo, ya que desarrollan y participan en los procesos docentes de pre y posgrado, además de las funciones asistenciales y de administración.

Las actividades del equipo básico de salud se organizan tanto en consulta como en terreno, desarrollan el ingreso en el hogar, realizan la guardia médica, interconsultas y otras actividades en el policlínico. Además de las actividades del consultorio, el programa establece las del policlínico y el hospital.

A partir del desarrollo alcanzado se hizo pertinente renovar este programa. Su actualización se sustentó en las transformaciones del sistema y en los estados de opinión de la población, manteniendo la concepción del médico de familia como "guardián de la salud" e integrando los elementos esenciales de los anteriores. En 2011 se presentó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia como una versión renovada del programa implementado en los años ochenta.

Medicina general integral como especialidad médica efectora del modelo del médico de familia

La implementación y generalización a todo el territorio nacional del modelo del médico de familia, requirió junto a las transformaciones en la estructura asistencial una importante revolución en el área académica⁵.

Entre los cambios del proceso docente educativo se estableció que la mayoría de los graduados cumplieran sus primeros años de servicios en la atención primaria de

salud y un alto porcentaje debería formarse como especialistas en medicina general integral. Las primeras experiencias se iniciaron con un grupo de residentes haciendo la especialidad desde el policlínico. Otro grupo similar se ubicó en sus consultorios realizando su labor como médicos de las 120 familias.

El programa de especialización se hizo masivo con el fin de lograr a corto plazo la cobertura de casi el 100% de la población con la atención por el médico de familia. La nueva especialidad implicó diseñar como escenarios docentes al policlínico y al consultorio en la comunidad, ampliando así los límites de la universidad.

La comunidad, la familia y el individuo constituyen el objeto de estudio y el trabajo de la medicina general integral como especialidad. El residente se forma bajo el principio de la educación en el trabajo, ubicado como médico de familia en un consultorio desde donde desarrolla su programa de formación realizando rotaciones por el policlínico y los hospitales^{3,6}.

El programa de formación de la especialidad en medicina general integral tiene en el año 1985 la primera versión⁷. En 1990 se edita una versión provisional⁸ y en 1999 se modifica nuevamente. A partir de las transformaciones realizadas en el pregrado, en el año 2004 se le realiza un nuevo perfeccionamiento siendo el que se aplica en la actualidad^{9,10}.

El modelo del egresado define al especialista a través de tres perfiles estrechamente relacionados que comprenden el político ideológico, el profesional y el ocupacional constituyéndose un todo^{10,11,12}. El perfil profesional de este especialista comprende competencias profesionales con un enfoque social para la atención al individuo, la familia y la comunidad con dominio del método clínico y epidemiológico. Asimismo se identifican las funciones que cumple siendo la atención médica integral la función rectora. El consultorio es el puesto de trabajo principal del médico y la enfermera de la familia, aunque puede desempeñarse en otros niveles del sistema.

El desarrollo de esta especialidad y del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia han conducido a una transformación importante en los procesos de formación en las universidades. El policlínico universitario es el proceso más revolucionario que se ha llevado a cabo en los últimos años, de acuerdo al principio de la educación en el trabajo que ha caracterizado la escuela de medicina cubana. Hoy el estudiante de ciencias médicas comienza sus estudios en el policlínico y el consultorio desde el primer día de clases, por lo que la adquisición del conocimiento y habilidades se producen donde se prestan los servicios y desde el policlínico completa su formación por el resto de los niveles y unidades del sistema¹³.

Después de la primera década del presente siglo y más de veinte años de experiencia del modelo del médico de familia, el especialista en medicina general integral asume un rol protagónico en el claustro de la universidad. Desde su puesto de trabajo se constituye en profesor, continúa

su formación académica, transita al segundo grado de la especialidad y puede optar por otras especialidades según las necesidades del sistema¹⁴.

Impacto de la atención primaria de salud, el modelo del médico de familia y la medicina general integral en indicadores de salud seleccionados

En el transcurso de cinco décadas y media la población cubana muestra una esperanza de vida al nacer de 77,97 años. Con el desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, la especialidad de medicina general integral y todas las transformaciones realizadas en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, se produce un sostenido incremento de ese importante indicador. Como consecuencia hoy uno de los problemas de salud de mayor prioridad en Cuba es el envejecimiento poblacional¹⁵.

La tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año en 1959 era de más de 60 x 1.000 nacidos vivos, en el año 1985 fue de 16,5 x 1.000 nacidos vivos y al cierre del año 2010 fue de 4,5 x 1000 nacidos vivos¹⁵. Se resalta el decrecimiento que ocurre a partir de la década del ochenta, lo cual se corresponde con el nivel alcanzado en los servicios hospitalarios y con la implementación del modelo de atención del médico de familia. Junto al indicador anterior, estas cifras constituyen una expresión concreta del grado de desarrollo alcanzado en general en toda la sociedad.

Según el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública de 2010, las cinco primeras causas de muerte son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad vascular cerebral, los accidentes, la influenza y neumonía concentrando el 72% del total de las defunciones de ese año. Esto muestra la transformación del cuadro de mortalidad de la población cubana en cinco décadas, de un cuadro caracterizado por enfermedades infecciosas y prevenibles en los años sesenta, a indicadores relacionados con enfermedades crónicas y vinculadas con las edades avanzadas de la vida. Los mayores incrementos en las tasas de mortalidad y de años de vida potencialmente perdidos se producen para las enfermedades del corazón y tumores malignos¹⁵.

Están erradicadas 15 enfermedades infecciosas y otras ocho no constituyen problemas de salud por presentar tasas inferiores a 0,1 por 100 mil habitantes. La leptospirosis, la lepra y la brucelosis mantienen baja incidencia. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el asma bronquial presentan una prevalencia que refleja el comportamiento esperado según el nivel de envejecimiento de la población, por lo que los servicios de la atención primaria de salud se encaminan hacia la promoción de salud y la prevención de sus factores de riesgo¹⁵.

Entre 1980 y 2010 las consultas externas mostraron una notable reducción de casi un 50% a nivel de los hospitales teniendo un incremento en el nivel de policlínico y consultorios del médico de familia. Entre otros resultados,

esto explica la pertinencia del modelo y el nivel de aceptación de la población por los servicios prestados¹⁵.

El número de médicos que labora en la medicina familiar constituye el 47,7 % del total de profesionales del sistema¹⁵.

El mayor recurso empleado en este modelo lo constituyen los hombres y mujeres formados por la en los últimos cincuenta años como profesionales de un altísimo nivel técnico, científico y con excelentes cualidades humanas. Este es un modelo que ha sido posible porque surge en un país que sabe repartir lo poco entre muchos y donde al no existir lucro en la salud, los recursos disponibles se distribuyen con sentido de justicia. En Cuba se hace y hará todo lo necesario para hallar solución a los problemas que afectan a toda la población. Estamos convencidos que lo que hoy promueve la Organización Panamericana de la Salud al convocar a una atención primaria de salud renovada es una realidad para nosotros y demuestra que esos propósitos son posibles de alcanzar¹⁶.

Conclusiones

A partir del primero de enero de 1959, en Cuba se realizan una serie de transformaciones económicas, políticas y sociales que tienen su expresión en el establecimiento de un sistema de salud único. En él se declara la atención médica con carácter gratuito, derecho del pueblo y responsabilidad del Estado. Su orientación es preventivo-curativa, con énfasis en los aspectos profilácticos y el desarrollo sostenido de la atención primaria de salud. Todo ello ha servido de sustento para desarrollar desde este nivel el modelo del médico de familia.

El proceso de formación de los recursos humanos para el sistema de salud se ha establecido en correspondencia con el desarrollo y las transformaciones producidas en el sistema. Con el cuadro de salud de la población el modelo del profesional a egresar para los servicios de salud y sus objetivos de formación se han establecido en función del continuo mejoramiento de tal condición, surgiendo así la especialidad de medicina general integral. La atención primaria de salud constituye hoy el escenario principal de los procesos académicos y el especialista en medicina general integral cumple roles protagónicos en los mismos. El continuo mejoramiento del estado de salud de la población cubana ha constituido el objetivo principal del sistema nacional de salud. El análisis permanente de sus indicadores ha permitido el perfeccionamiento del sistema, donde la atención primaria de salud y el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia representan el mayor nivel de integración y respuesta a las necesidades de la población.

Notas del autor

*En marzo del pasado año, en acto público y solemne y en el marco de la inauguración del III Congreso Regional de Medicina Familiar, la presidenta de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA-CIMF-Iberoamérica) entregó al Comandante en Jefe un pergamino y la moneda de la confederación como

reconocimiento a sus aportes a la Medicina Familiar y a la Atención Primaria de Salud de la región.

**Precisamente cuando hablamos de Cuba en esta etapa es necesario ubicarla a partir del momento cuando triunfa la Revolución porque es el inicio de un proceso político, social y económico que marca un cambio para las cubanas y cubanos y que tiene su impacto en el sistema de salud como en todas las esferas de la sociedad.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP, 1988. ↑
2. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: Ecimed, 2011. ↑ | [Link](#) |
3. Borroto R, Lemus ER, Aneiros R. Medicina Familiar y Educación Médica. La Paz: Ed. Guido Zambrana Avila, 1998:16-17. ↑
4. Varios autores. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Ecimed, 2008: 29-32, 46-49, 68,114-130. ↑
5. Castro F. Discurso pronunciado en la clausura del VI Seminario Internacional de Atención Primaria. Celebrado en el Palacio de las Convenciones el 28 de noviembre de 1997. [on line] ↑ | [Link](#) |
6. Castro F. Discurso pronunciado en el acto de inauguración del Combinado Textil Celia Sánchez Manduley en Santiago de Cuba el 27 de julio de 1983. [on line] ↑ | [Link](#) |
7. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Especialización y Grados Científicos. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Sistema de Enseñanza y Aprendizaje (Residencia) para la formación de especialistas de primer grado (primera versión). La Habana: Ecimed, 1985. ↑
8. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Especialización. Viceministerio de Docencia. Programa de Especialización en Medicina General Integral. 1990, sep; t I, edición provisional:1-17. ↑
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Especialización. Viceministerio de Docencia. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana, 1999. ↑
10. Alemañy EJ. El Modelo del especialista en Medicina General Integral. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2007;8(4). ↑

11. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz-Perera G. El pensamiento de Fidel Castro Ruz sobre el modelo del especialista en Medicina General Integral. Rev Cubana Educ Med Super. 2002;16(3):231-48. [↑ | Link |](#)
12. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz-Perera G. El modelo del especialista en Medicina General Integral en los programas de formación. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. 2003;2(7). [↑ | Link |](#)
13. UCM-H. Grupo de Desarrollo para planes y programas de estudios. Fundamentación del plan de estudios de la carrera de Medicina. La Habana, 2010. [↑](#)
14. Sansó Soberats F, Márquez M, Alonso Galbán, P. Medicina general – Medicina familiar. Experiencia internacional. Enfoque cubano. La Habana: Ecimed, 2011:111 [↑](#)
15. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Nacional de Estadísticas de Salud. La Habana: MINSAP, 2011. [on line] [↑ | Link |](#)
16. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2. Washington D.C.:OPS, 2008. [↑ | Link |](#)

Correspondencia a:

⁽¹⁾Universidad de Ciencias Médicas de la Habana
Avenida 146 esquina 31
Reparto Cubanacán
La Habana, Cuba



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.