

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral
Models on health promotion in international family medicine and implications in comprehensive general medicine

Rolando Bonal Ruiz^{1*}

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rolandobonal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los conceptos de salud y promoción de salud han evolucionado en los últimos años, oscilan desde una concepción médica hasta una más general lo cual ha conllevado a nuevas redefiniciones.

Objetivo: identificar los diferentes modelos/enfoques en promoción de salud en la medicina familiar contemporánea internacional para proponer un modelo integrador sobre la base de lo mejor de cada modelo identificado.

Método: se realizó una revisión bibliográfica de enero a marzo del 2019 en las bases de datos: MEDLINE y SciELO, usando palabras claves como: *health promotion*, y *family medicine*, *family physician*, *general practice*, *general practitioner*; se consultaron libros de texto de Medicina Familiar y Comunitaria de países como Estados Unidos, Canadá, España, Brasil, Argentina, y capítulos de libros y bibliografía básica sobre promoción de salud de <http://www.revedumecentro.sld.cu>

Santa Clara abr.-jun.

reconocidos autores, utilizando como criterio de inclusión la práctica y enseñanza de la promoción de salud en la medicina familiar.

Resultados: se exponen los diferentes modelos de la promoción de salud en la medicina familiar internacional: biomédico, educativo, de comportamientos/estilos de vida, de empoderamiento, de etapas de vida, socioambiental, de desigualdades sociales en salud, ecológico y salutogénico, los que fueron analizados a partir de diferentes puntos de vista de varios autores.

Conclusiones: luego de un proceso de inducción, deducción, de análisis y síntesis, se propone un modelo integrador que recoge lo mejor de los modelos identificados y que pudiera aplicarse a la medicina general integral cubana.

DeSC: promoción de la salud; medicina familiar y comunitaria; educación médica.

ABSTRACT

Background: the concepts of health and health promotion have evolved in recent years, ranging from a medical concept to a more general one, which has led to new redefinitions.

Objective: to identify the different models / approaches in health promotion in international contemporary family medicine to propose an integrating model based on the best of each identified model.

Method: a literature review was carried out from January to March 2019 in the databases: MEDLINE and SciELO, using keywords such as: health promotion, and family medicine, family physician, general practice, general practitioner; We consulted textbooks of Family and Community Medicine from countries such as the United States, Canada, Spain, Brazil, Argentina, and book chapters and basic bibliography on health promotion of recognized authors, using as an inclusion criterion the practice and teaching of health promotion in family medicine.

Results: the different models of health promotion in international family medicine are presented: biomedical, educational, behavioral / lifestyles, empowerment, stages of life,

socio-environmental, social inequalities in health, ecological and salutogenic, which were analyzed from different points of view of several authors.

Conclusions: after a process of induction, deduction, analysis and synthesis, an integrating model is proposed that gathers the best of the identified models which could be applied to the Cuban comprehensive general medicine.

MeSH: health promotion; family practice; education, medical.

Recibido: 1/2/2019

Aprobado: 20/3/2019

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud ha evolucionado en los últimos años, en el transcurso del tiempo se han ofrecidos más de doce conceptos de salud que van desde una concepción médica hasta una más abarcadora; un ejemplo clásico es el ofrecido por la OMS en 1948 el cual se ha criticado por ser muy ideal y utópico; sin embargo, esta visión cambia cuando en 1984 esta organización la define como: "... el grado en que un individuo o un grupo es capaz de realizar las aspiraciones y satisfacer las necesidades, y cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida; es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas".⁽¹⁾ En 2011 Huber et al.⁽²⁾ conceptualizan la salud como: "... la capacidad de adaptarse y automanejarse de cara a los desafíos sociales, físicos y emocionales". Ambas definiciones refieren la necesidad de reforzar las potencialidades humanas para realzar el bienestar, aun cuando se esté experimentando una enfermedad.

Santa Clara abr.-jun.

Así como las concepciones de salud han cambiado, han evolucionado también los conceptos sobre promoción de salud y con ello la necesidad de su redefinición.

La concepción de promoción de salud que se dio en Ottawa en 1986: "... proceso por el que se capacita a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren", fue reconsiderada y ampliada en la carta de Bangkok (2005): "proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y sus determinantes, y por lo tanto, mejore su salud".⁽³⁾ Otros autores⁽⁴⁾ han hecho una fusión de estas dos definiciones: "La promoción de la salud puede considerarse como una combinación de acciones educativas, organizacionales, económicas y políticas diseñadas con la participación de los consumidores, para permitir, facilitar (*enabling*) a individuos, grupos y comunidades enteras a aumentar el control y mejorar su salud a través de cambios actitudinales, conductuales, sociales y ambientales".⁽⁵⁾ Aun así se considera que no llena las expectativas de la práctica en ciertos escenarios donde se desempeñan otros profesionales, especialmente los escenarios clínicos, sobre todo en la medicina familiar, lo cual significa que se puede y se debe promover salud, aun con un padecimiento, sobre todo si es una condición crónica.

La visión de promoción de salud se ha fortalecido como empoderamiento, o sea que la persona tome decisiones saludables y ejerza control sobre su vida, y esto puede realizarse en cualquier etapa del proceso salud enfermedad: el paciente en riesgo, enfermo o en fase de rehabilitación.

No debe haber una división tácita, tajante, ni en blanco y negro sobre la promoción de salud y la prevención de riesgos y enfermedades. A pesar de que algunos autores⁽⁶⁾ plantean que es prevención la modificación de riesgos. En este caso, un comportamiento no saludable (estilo de vida insano) como el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, etc. no se modifica solo con técnicas de consejería. Cuando a un fumador se le dan herramientas de afrontamiento, se les facilitan habilidades y se estimula su autoeficacia para que pueda dejar de fumar se está haciendo promoción de salud; no por gusto la mayoría de los capítulos, acápites, temas y escritos sobre promoción de salud en la medicina familiar occidental

Santa Clara abr.-jun.

incluyen la modificación de estilos de vida, lo crítico es que la reducen solo a eso, cuando en la medicina familiar es más abarcadora.

En un clásico artículo de 1999 sobre estas diferencias Breslow⁽⁷⁾ planteaba: “La promoción de la salud se enfoca en aumentar las habilidades y capacidades personales para la vida, mientras que la prevención de la enfermedad se orienta hacia evitar los riesgos y las causas específicas de enfermedad y muerte”. Así esclarecía las diferencias entre evitar factores de riesgo y modificarlos: estos dos verbos no se deben confundir.

Promoción de salud es incidir, influir, actuar sobre los determinantes de salud modificables, entre ellos los comportamientos insanos, incluidos los de estilo de vida, que también son determinantes de salud.

Algunos autores⁽⁸⁾ confirman que la promoción de salud es una forma de pensar, una visión, una ideología que atraviesa todos los niveles de prevención, no solo el primario; y está presente y debería estar en todas las acciones que realiza el médico, por lo que es una competencia transversal dentro de la medicina familiar que debe ser enseñada a lo largo de todo el plan de estudio de la residencia de esta especialidad. Otro enfoque teórico que propicia que la promoción de salud sea integrada en todas las fases del proceso salud enfermedad es el salutogénico.

Algunos teóricos sobre la promoción de salud se resisten a aceptar esta concepción porque la ven desde la óptica de la salud pública, donde generalmente se desempeñan como académicos, ignorando la maleabilidad del concepto y aplicabilidad a los diferentes escenarios donde se desenvuelven sus practicantes, uno de ellos es el escenario clínico, fuente de todo el accionar del médico de familia.

Un asunto que ha creado tensión es la diferencia entre promoción de salud y educación para la salud, pues a veces se usan indistintamente, intercambiabilmente; a veces se reduce la educación para la salud a la promoción para la salud, lo que debe quedar claro que la educación es un instrumento de la promoción de salud, y que en toda acción de promoción

de salud debe estar presente una actividad informativa, de educación, de comunicación. Es obvio que toda información de salud, toda educación en salud no es promoción de salud solamente en cuanto no sea una actividad empoderadora, o sea que la persona se concientice a fin de tomar una decisión y que ejerza control sobre su situación.

La revisión bibliográfica tuvo como objetivo: identificar los diferentes modelos/enfoques en promoción de salud en la medicina familiar contemporánea internacional para proponer un modelo integrador sobre la base de lo mejor de cada modelo identificado.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, se consideraron artículos y libros publicados entre los años 2005 y 2019 en español, portugués e inglés. La búsqueda fue realizada en las bases de datos SciELO y MEDLINE de enero a febrero de 2019, las palabras clave utilizadas fueron: *"family physician or general practitioner or "family practice" "general practice", "health promotion*; se revisaron los temas relacionados con la promoción de salud de las últimas ediciones de 6 libros de textos básicos de medicina familiar de los últimos 7 años: uno de libro de España, uno de Brasil, uno de Argentina y tres de Estados Unidos, los cuales son usados como referencia en distintos países; al mismo tiempo se revisaron capítulos de libros y libros de textos sobre promoción de salud de reconocidos autores; de los últimos 5 años se consultaron 15 artículos, de ellos fueron seleccionados 5 que cumplieron los criterios de inclusión: mención de la promoción de salud en medicina familiar tanto en el área de desempeño como en el área de enseñanza. Los artículos que no cumplieron ese requisito fueron excluidos.

DESARROLLO

En este artículo se escriben las palabras *enfoques* y *modelos* relacionadas con la promoción de salud, indistintamente pues así se usa en la literatura internacional. Se usa el vocablo

Santa Clara abr.-jun.

modelo diferenciándolo de los modelos teóricos que se consideran al hacer las intervenciones de promoción y educación para la salud. En este caso, este autor asume los conceptos de modelos prácticos de enseñanza y desempeño de la promoción de salud en la medicina familiar inferidos de la revisión y análisis documental de la literatura pertinente, después de un proceso de abstracción, deducción e inducción, teniendo en cuenta que para algunos autores, *modelo* es la representación simplificada o en miniatura de la realidad; en este caso del objeto de estudio: la enseñanza y práctica de la promoción de salud en la medicina familiar internacional.

En libros publicados en los últimos años sobre promoción de salud se mencionan indistintamente e intercambiabilmente *modelos* y *enfoques*, aunque sus significados no siempre coinciden. Naidoo et al.⁽⁹⁾ mencionan entre los enfoques de promoción el médico o preventivo, el de cambio de comportamiento, el educativo, el de empoderamiento, el de cambio social; por otra parte Laverack⁽¹⁰⁾ añade a estos enfoques: el de etapas de vida, el socioambiental, el de desigualdades en salud y el ecológico. En otros textos de promoción de salud en español, Sarría Santamera et al.⁽¹¹⁾ en vez de llamarlo *enfoques* les denominan *modelos*, y además del modelo médico, de cambio de comportamiento, socioambiental, agrega el de ambientes o entornos y el integrado de promoción de salud. En este documento el autor de este artículo adiciona además el enfoque salutogénico.

De la revisión de la literatura de medicina familiar y partiendo de los postulados teóricos de la promoción de salud, de su interpretación y de un proceso de inducción y deducción se han encontrado lo siguientes modelos/enfoques de práctica y enseñanza de la promoción de salud en esta especialidad a nivel internacional:

Modelo biomédico: se centra en la autoridad del médico para informar sobre la enfermedad, sus síntomas y consecuencias, tiene la visión de experto que considera que tiene los conocimientos necesarios para lograr resultados, no tiene en cuenta las decisiones del paciente(s) o usuario(s), se basa en el libre albedrío de decir lo que se quiera sin una

Santa Clara abr.-jun.

metodología adecuada, y sin intención de que paciente mude nada; es paternalista y autoritario.

Modelo educativo: su intención es educar al paciente, se basa en la información y el conocimiento, permite que la persona tome una decisión informada sobre su comportamiento; no intenta persuadir, ni motivar, asume que al aumentar el conocimiento aumentan las actitudes y con ello el comportamiento; suministra información sobre causas y efectos de la conducta; uno de los métodos más empleados es la amenaza y apelar al miedo para provocar culpa y vergüenza. Laverack⁽¹⁰⁾ afirma que solo es efectiva cuando la solución es simple, pero en comportamientos con factores complejos asociados es inefectiva; el conocimiento es fácil de medir por examen, cuestionarios preintervención y posintervención, sin embargo, por sí solo es insuficiente para cambiar el comportamiento y rara vez se traduce en este. En la práctica de la medicina familiar este enfoque se aplica a los consejos breves que se dan en la consulta, discusiones grupales, juegos de roles, educación individual, educación grupal, charlas en la comunidad, etc. Es muy popular en la medicina familiar del norte de América usar las consultas grupales que pretenden educar un grupo de pacientes por lo general con una sola condición, sobre todo crónica, asociado a consultas individuales posteriores o previas; generalmente se hace en equipos multidisciplinares.⁽¹²⁾

Modelo de comportamientos/estilos de vida: pretende modificar comportamientos no saludables: el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, sexo inseguro, alimentación no saludable, sedentarismo, estrés, conducta violenta, etc., pone énfasis en la responsabilidad del individuo y con ello la "culpabilidad de la víctima", intenta aportar a la persona o grupos de pacientes conocimientos y habilidades para adoptar un comportamiento saludable. Se usa en la medicina familiar de la mayoría de los países occidentales, tanto que se llega a reducir la promoción de salud a este enfoque. Son conocidos algunos programas nacionales, entre ellos: el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria,⁽¹³⁾ el Programa SNAP (*Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity*) del Colegio Real Australiano de Médicos de Familia (*Royal Australian College of General Practitioners*),⁽¹⁴⁾ el programa EUROPREV

Santa Clara abr.-jun.

(*European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice/Family Medicine*), Red Europea para la Prevención y Promoción de Salud en Medicina Familiar afiliada a la Sociedad Europea de Medicina Familiar-WONCA Europe.⁽¹⁵⁾

A este enfoque se le ha criticado que depende de la disposición de la persona para tomar acción; existe una relación compleja entre el comportamiento individual y factores socioambientales, el comportamiento puede ser una respuesta a condiciones de vida de la persona que van más allá del control individual, ejemplo: desempleo, pobreza, insuficientes frutas y vegetales, ausencia de espacios para hacer actividad física, etc., el cambio de comportamiento se hace evidente después de largo tiempo y es difícil evaluar si fue debido a la intervención realizada por el médico de familia o no.

Modelo de empoderamiento: es un enfoque centrado en el paciente, no autoritario, no directivo, "de abajo a arriba"; el médico desempeña el papel de facilitador más que de experto, permite al paciente establecer su propia agenda e identificar sus problemas y preocupaciones; entrega habilidades, favorece la autoconfianza. A nivel personal se basa en la consejería o asesoramiento que pretende aumentar el control de la persona sobre su propia vida, es un enfoque compatible con el concepto de promoción que ofreció la Organización Mundial de Salud en 1986 que permite a la(s) persona(s) ganar control sobre su vida y salud.⁽³⁾ Puede ser aplicado tanto en la persona como a nivel comunitario. Tiene la desventaja de que el médico puede sentirse incómodo al ejercer el papel de experto y los resultados son vagos y difíciles de cuantificar. Desde hace unos años este enfoque se está imponiendo en la medicina familiar occidental, sobre todo, desde la óptica de la participación activa del paciente, su involucramiento o activación, se respetan la autonomía informada y la toma de decisiones compartidas; su mejor expresión es la educación grupal ejercida por el médico desde una perspectiva de automanejo y autocuidado buscando la responsabilidad del paciente en un sentido participativo, donde se establecen planes de acción y se colocan metas al paciente; el *coaching* de salud; la entrevista motivacional individual es propia de este enfoque, tiene un lado positivo pues involucra a la persona (paciente) en un diálogo respetuoso (asumiendo que se hace bien) y aspira a aumentar las capacidades y la

Santa Clara abr.-jun.

autonomía de la persona (y, por lo tanto, el empoderamiento). Sin embargo, en el lado negativo, el problema abordado en la entrevista es más a menudo predeterminado por el profesional (o situación), por ejemplo: el fumar, obesidad, abuso de sustancias, etc.; pero estos "problemas" solo pueden ser síntomas de otros más serios en los que la persona se habría enfocado si se le hubiera dado una oportunidad, como falta de educación, pobreza o desempleo.⁽¹⁶⁾

El uso de la alfabetización sobre salud en la medicina familiar también se incluye en este enfoque al estar centrado en las necesidades de comprensión del paciente.⁽¹⁷⁾ En los últimos años las consultas grupales (educación grupal con asistencia médica) están evolucionando de un enfoque educativo tradicional a un enfoque de automanejo y empoderamiento.⁽¹⁸⁾

Modelo de etapas de vida: se basa en realizar intervenciones apropiadas en las diferentes etapas del ciclo vital de las personas sobre su salud y bienestar; algunos autores enfocan la enseñanza de la promoción de salud desde la época prenatal (embarazo de la mujer), pasando por la primera infancia, prepubertad, fase escolar, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor, y en ellas se refuerzan las potencialidades y habilidades para afrontar con éxito cada etapa. Este es un enfoque que mezcla actividades preventivas para evitar riesgos y prevenir enfermedades.⁽¹⁸⁾

Modelo socioambiental: se encauza en las condiciones sociales y ambientales en las determinantes sociales de salud, por ejemplo: ingreso, situación social, empleo, educación, entorno social, red de apoyo social, etc. y en cómo los miembros de la comunidad pueden movilizarse y participar para influir en las decisiones que afecten su salud; se canaliza a través de la participación social y el empoderamiento colectivo y se materializa en las actividades comunitarias realizadas por el médico de familia que respondan a esos objetivos, va más allá de la educación grupal a pacientes; un ejemplo típico es la realización del consejo comunitario de salud, donde el médico establece alianzas con líderes comunitarios y/o institucionales de otros sectores. En la medicina familiar hay experiencias de su aplicación en algunos países: el Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) de la

Santa Clara abr.-jun.

sociedad española de medicina familiar y comunitaria es una muestra.⁽¹⁹⁾ Se le critica que no todas las actividades comunitarias están dirigidas a modificar ni influir en la transformación de las condiciones sociales y ambientales, y que el médico no siempre está preparado para realizar estas actividades.

Modelo de desigualdades sociales: las desigualdades sociales en salud son diferencias injustas que se observan en las personas en función de su estatus social, género, etnia, etc. que conllevan a un deterioro de la salud en poblaciones desfavorecidas; sus causas están relacionadas más con las condiciones de vida y trabajo (determinantes sociales de salud: empleo, ingreso económico, calidad de la vivienda, área de residencia, etc.) que con los estilos de vida y disposición genética. Para reducirlas es necesario establecer políticas públicas saludables en el mejoramiento de las condiciones de vida, aspectos que son propios de la promoción de salud. A través de la participación social y la abogacía o defensa de la salud, el médico de familia puede intervenir ante autoridades locales o decisores con poder, para solucionar los problemas de las personas con desventaja social, y hacer uso también de la prescripción social encaminando al paciente a recursos y/o bienes de apoyo no médicos. Es un campo emergente dentro de la promoción de salud en la medicina familiar que ya tiene un grupo de trabajo de interés especial (equidad en salud) dentro de la organización mundial de medicina familiar (WONCA por sus siglas en inglés).⁽²⁰⁾

Modelo ecológico: según Laverack⁽¹⁰⁾ este sistema se basa en la interpretación de la ecología humana como interacción entre cultura y el medio ambiente; abarca la cultura y la biosfera, según él: "... la salud en su sentido holístico; por lo que la salud del individuo está en el centro del ecosistema y tiene dimensiones corporales, mentales y espirituales. (...) El enfoque ecológico deja claro que ninguna estrategia aislada ni ningún esfuerzo centrados en un único determinante de la salud puede lograr todos sus objetivos". Es un enfoque poco tradicional en promoción de salud en la medicina familiar que abarca la dimensión espiritual como un área a abordar en la promoción de salud, como es el bienestar inducido por el perdón, la resiliencia, el disfrute del arte, música, literatura, etc.

Santa Clara abr.-jun.

Algunos libros de medicina familiar como el Tratado de Medicina de Família e Comunidade, de nacionalidad brasileña, además de tener un capítulo dedicado a la promoción y prevención de salud, tiene otro dedicado a la integralidad (holismo) donde incluye temas como el fomento de resiliencia, el perdón y la meditación como formas de bienestar espiritual. Son temas que habitualmente se abordan en medicina familiar fuera del área tradicional de promoción de salud, pero que forman parte de esa dimensión.

Modelo salutogénico:⁽²¹⁾ se basa en los factores que contribuyen a la salud y el bienestar en lugar de los factores que causan enfermedades; este enfoque fue desarrollado por el sociólogo médico Antonosky (1979), más en los últimos años ha reemergido, expresándose a través de los llamados activos de salud, o sea "... cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones de salud para mantener y conservar la salud y bienestar, así como ayuda a reducir las desigualdades sanitarias. Esos activos pueden operar a nivel de la persona, grupo, comunidad y/o población, como factores protectores para amortiguar el estrés diario". Operativamente en la medicina familiar se expresa cuando el médico identifica en sus pacientes y comunidad esos activos: bienes, recursos, talentos y capacidades; los localiza, hace un inventario de ellos y los prescribe a sus pacientes (prescripción social). Hay experiencias acerca de cómo identificarlos y usarlos.

Según las descripciones de los distintos enfoques revisados, ninguno funciona aislado, ni el centrarse en un determinante será efectivo para lograr los objetivos de salud, no debe predominar un sobre otro y deben escogerse los aspectos positivos de cada uno, o el que resulte más adecuado según las circunstancias y el contexto, lo que debe estar plasmado en la formación del médico de familia si es que se pretende lograr en él una visión holística de la salud.

Rotman⁽²²⁾ plantea que para que una intervención de promoción de salud sea óptima debe abarcar siete dimensiones, tanto en una persona, grupo o comunidad. Según él debe ser: empoderadora, participativa, holística, intersectorial, ecológica, equitativa y sostenible; ser

Santa Clara abr.-jun.

empoderadora y participativa requiere que las personas y comunidades diana se involucren en todas las etapas de la intervención; holística implica tener en cuenta las dimensiones físicas, sociales, espirituales y culturales de la salud; intersectorial implica la colaboración y las asociaciones con una variedad de partes interesadas a través del conocimiento tradicional y divisiones profesionales; ecológico requiere la integración de múltiples entornos, niveles de acción y estrategias; equitativa significa integrar los determinantes sociales de la salud y tratar de fomentar la justicia social, y no meramente los resultados de salud. Por último, la sostenibilidad se refiere a que las intervenciones continúen durante un largo período más allá de la etapa piloto.

En la medicina familiar cubana (medicina general integral) hay defensores de un enfoque de determinantes sociales de salud por encima del enfoque de comportamientos/estilos de vida, y se critica fuertemente la sobrevaloración de la responsabilidad individual y el papel del individuo que se tiene en la formación médica.⁽²³⁾ El texto básico de Medicina General Integral⁽²⁴⁾ no tiene ningún capítulo dedicado a técnicas conductuales, ni a la entrevista motivacional, ni en él aparece la palabra *empoderamiento*.

La no existencia de un enfoque de empoderamiento centrado en el paciente en el contenido del texto básico, ni en el programa de residencia de la medicina general integral es coincidente con un modelo centrado en el médico donde prevalecen su opinión y autoridad. A propósito Martínez Calvo⁽²⁵⁾ plantea: “El modelo de servicios tiende al medicocentrismo, y consiguientemente, nuestros ciudadanos asumen una total dependencia en afán de restaurar su salud, en momentos en que surgen propuestas tan sorprendentes y renovadoras como la Universidad del Paciente”.

Concurrentemente tampoco existen ni se estimulan oficialmente desde la atención primaria grupos educativos, basados en el empoderamiento, autocuidado/automanejo en diferentes etapas de la vida, al estilos de las formaciones de “paciente experto” que existen en varias latitudes del mundo; a pesar de que el programa del médico y la enfermera de la familia en Cuba estimula la realización de estas actividades. Las escuelas del diabético y la universidad

de la tercera edad -que tienen otras dinámicas educativas y objetivos- son excepciones; la mayoría de la educación grupal existente depende del activismo voluntario, y de trabajos de intervención educativa para finales de posgraduaciones.

Luego de seguir las recomendaciones de Rotman⁽²²⁾ y los modelos y enfoques identificados se propone un modelo integrador de la promoción de salud a desarrollar en el escenario clínico de la Medicina General Integral que se realice a nivel personal, grupal-familiar y sociocomunitario, de una manera participativa, resiliente, que involucre activamente en el control de su propia salud a la persona, su familia, al grupo de pares, a los actores sociales de la comunidad (sectores, instituciones, organizaciones, organismos, líderes naturales) a los miembros del equipo de salud, todos ellos de forma colaborativa, equitativa, defensora de la salud, centrado en las personas y actuando sobre los determinantes físico, mental, emocional, social, ambiental y espiritual, que tome en consideración los aspectos positivos del medio ambiente, de modo que propicie la autorresponsabilidad personal y compartida de la salud, y que sea sostenible en el tiempo.

CONCLUSIONES

Se identificaron nueve modelos/enfoques sobre promoción de salud en la enseñanza y práctica en medicina familiar que no son exhaustivos ni excluyentes, cuyo análisis sirvió de basamento para conformar una propuesta más integradora, considerando los aspectos positivos de cada uno y que es propicia para ser implementada en la medicina general integral cubana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of

Health Promotion. Copenhagen, 9–13 July 1984 (ICP/HSR 602(m01)5 p). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.

2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011; 343: 4163.

3. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Disponible en:

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

4. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.

5. Jancey J, Barnett L, Smith J, Binns C, Howat P. We need a comprehensive approach to health promotion. *Health Promot J Austr*. 2016; 27(1): 1-3.

6. Pupo Ávila NL, Hechavarría Toledo S, Alemañy Pérez EJ, Oramas González R. La promoción de salud en el programa de la especialidad de Medicina General Integral en Cuba. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 [citado 26/01/2019]; 29(4): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/605/29>

7. Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA*. 1999; 281(11): 1030-3.

8. López Fernández LA. Estrategia de promoción de la salud (I parte). *Comunidad* [Internet]. 2014 [citado 25/01/2019]; 16(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

<http://comunidadsemfyc.es/estrategia-de-promocion-de-la-salud-primera-parte/>

9. Naidoo J, Wills J. *Foundations for Health Promotion*. 4 ed. London, UK: Elsevier Ltd; 2016.

10. Laverack G. *Guía práctica para la promoción de la salud*. Madrid: McGraw-Hill; 2016.

11. Sarría Santamera A, Villar Álvarez F. (edits). *Promoción de la Salud en la Comunidad*. 2 ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2014.

12. Wong ST, Browne A, Lavoie J, Macleod ML, Chongo M, Ulrich C. Incorporating Group Medical Visits into Primary Healthcare: Are There Benefits? *Health Policy*. 2015; 11(2): 27-42.

13. Martín Zurro A. En el 25 aniversario del PAPPS. *Aten Primaria*. 2014; 46(supl 4): 1.

14. The Royal Australian College of General Practitioners. *Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice*. 2 ed. Melbourne: RACGP; 2015.

- 15 Brotons C. EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion). Aten Primaria. 2016;48(supl 1):3.
16. Tengland PA. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health Promotion Goals. Health Care Anal. 2016;24(1):24-46.
17. Pagels P, Kindratt T, Arnold D, Brandt J, Woodfin G, Gimpel N. Health literacy objective structured clinical exam for family medicine residents. Med Teach. 2013;35(10):874-5.
18. Barnett KG. Group Medical Visits: The Future of Healthcare? Glob Adv Health Med. 2015;4(6):6-7.
19. Azpeitia Serón ME, Sepúlveda Muñoz J. XV Encuentro del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Comunidad [Internet]. 2013 [citado 23/01/2019];15(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/xv-encuentro-del-programa-de-actividades-comunitarias-en-atencion-primaria/>
20. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 21/01/2019];37(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es
21. Suárez O, Arguelles M, Alquizar L, Aviño D, Botello B, Calderón S, et al. Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos? Cuadernos de Pediatría Social. 2015;(21):12-14.
22. Rootman I. Introduction to the book. In Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (eds). Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications; 2001.
23. Pupo Ávila NL, Hernández Gómez LC, Presno Labrador C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [citado 20/01/2019];36(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200007&lng=es
24. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
25. Martínez Calvo S. Ideales de salud y vida. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 12/01/2019];32(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300001&lng=es&nrm=iso

Declaración de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Este artículo está publicado bajo la licencia [Creative Commons](#)