

El análisis de la situación de salud y la participación social en la formación médica

Health situation analysis and the social participation in medical formation

MSc. Reinaldo Pablo García Pérez,^I Dra. Cs. Adelaida Ballbé Valdés,^{II}
MSc. Nuria Rosa Iglesia Almansa^{III}

^I Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara". Ciego de Ávila, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba.

^{III} Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una reflexión acerca del alcance social que ejercen las influencias contextuales en la impartición del análisis de la situación de salud (ASIS), como contenido en la formación médica. En consonancia con las potencialidades formativas que aporta la sistematización de la participación social en salud para lograr su efectividad, se realizó una revisión bibliográfica sobre el contexto político de la participación, la trascendencia del ASIS como herramienta científica y su alcance en la docencia, y las condiciones contextuales donde se realiza la formación. Se destaca que la participación social continúa siendo mundialmente proclamada y nacionalmente promulgada, como condición necesaria en la transformación del cuadro de salud; se reconoce que a pesar del perfeccionamiento del sistema sanitario ha sido compleja su aplicación en la práctica de sus sustentos teóricos y que subyacen insuficiencias en su aplicabilidad que repercuten en la formación, constituyendo un desafío en la contemporaneidad.

Palabras clave: análisis de la situación de salud, médico general, participación social en salud, formación médica, plan de estudios.

ABSTRACT

A reflection was made on the social scope of setting influences in teaching of the health situation analysis (HSA) as contents in the medical formation. In line with the formative potentialities of the systematization of social participation in health to attain effectiveness, a literature review was made about the political context of participation, the significance of HAS as a scientific tool and its scope in teaching as well as the setting conditions where formation takes place. It is stressed that social involvement remains a claimed aspect nationally and internationally since it is a must in health picture changes; it is also recognized that despite the improvement of the health system, the implementation of its theoretical fundamentals has been complex and there still are deficiencies in applicability that have an effect on formation and represents a contemporary challenge.

Keywords: health situation analysis, general physician, social participation in health, medical formation, curriculum.

INTRODUCCIÓN

Al estudiar el proceso salud-enfermedad, la ciencia debe abordar la dimensión biopsicosocial del hombre para lo cual resulta indispensable hacerlo en el contexto socioeconómico en que se produce y siempre habrá que considerar la totalidad de factores que en ello intervienen. Salud-enfermedad, como categorías extremas del proceso dinámico de producción social, son resultado de la influencia que ejercen los factores ambientales, económicos y sociales en asociación dinámica y desigual, con el individuo y los grupos poblacionales.¹ Este precepto es la plataforma política donde se afianzan las agencias internacionales, para postular la participación social como componente indispensable para desarrollar acciones aunadas en función de mejorar las condiciones de salud y de vida en los países en desarrollo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la producción social de la salud como la activación de los procesos y acciones sociales que conducen al desarrollo de la salud individual y colectiva, sobre la base del esfuerzo positivo de toda la sociedad.² En el contexto cubano, el sistema de salud fundamentado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo,³ para esto adquieren especial significado las acciones anticipatorias protectoras y de fomento a la salud, que mediadas por el Estado se ejecutan en el ámbito: político, económico, cultural y social, lideradas por la intervención técnica del sector salud, que se acometen junto a la comunidad.

La participación social en salud se connota como la contribución de la comunidad organizada en el proceso de producción y se considera un factor dinamizador favorable para el desarrollo de acciones intersectoriales, por ser un proceso integrador alrededor de los reales problemas que enfrenta la población. La intersectorialidad es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.^{4,5}

La participación comunitaria y la intersectorialidad son condiciones imprescindibles para alcanzar con éxito el propósito del análisis de la situación de salud (ASIS),⁶ el cual es definido en primera instancia por la OPS, dentro de sus once funciones esenciales.¹ El ASIS irrumpe alcanzando la cima del proceso investigativo salubrista pues al estar enmarcados sus propósitos primordiales en la identificación y solución de problemas sanitarios con la implicación de la comunidad y los sectores sociales, y por aportar nuevos problemas que emergen como fisuras investigativas en el sector.

Cuando su aplicación es adecuada en la práctica, el ASIS adquiere un carácter cíclico que de forma ascendente llega a adquirir un significativo alcance social; no solo por contribuir a modificar problemas colectivos, sino por el nivel de implicación que consigue de la comunidad y los sectores sociales. Como herramienta tecnológica, posee un innegable valor científico, pero su aplicación práctica es compleja; por tal razón, la formación de conocimientos y habilidades en el futuro médico general es un desafío, al requerir una preparación científica consecuente al reto futuro que asumirá como líder técnico del proceso en el nivel primario de salud.

En consonancia con las potencialidades formativas que aporta la sistematización de la participación comunitaria y la intersectorialidad para el éxito del ASIS, es oportuno buscar una respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cómo se comporta en la práctica la aplicación de sus postulados teóricos?

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de reflexionar acerca del alcance social que ejercen las influencias contextuales en la impartición del ASIS, como contenido trascendental en la formación del médico general. La información se obtuvo aplicando el método de análisis y síntesis a la bibliografía y a los documentos revisados, para con ello corroborar la vigencia científica y el alcance argumental del binomio: participación-producción social en salud, la trascendencia del ASIS como herramienta científico-tecnológica eficaz para instrumentar en la práctica social la transformación del ESP, al igual que su aplicación en los servicios y en la docencia. De igual forma se procedió para identificar, en las fuentes bibliográficas, resultados publicados acerca del comportamiento de la participación social en el contexto sanitario cubano; lo cual evidenció el distanciamiento teórico-práctico que aún subyace en la práctica social. Los autores contrastan la información obtenida con su experiencia docente e investigativa en la temática, y reflexionan sobre la repercusión social que genera dicho distanciamiento en la formación médica.

DESARROLLO

Existe conciencia del papel ascendente que desempeña el conocimiento en la solución de los problemas que enfrenta la humanidad. Todos estos desafíos tienen una repercusión directa en la misión y las funciones de la educación superior.⁷ Con este reto para afrontar la formación de profesionales, como preámbulo y con el discernimiento de *Jorge Núñez Jover* cuando expresó: "la existencia de la política social del conocimiento es lo que hace posible el proceso de apropiación social y lo dota de una amplia función social";⁸ los autores consideran acertado iniciar esta

etapa y con ello, resaltar las consecuencias sociales que se generan, al aplicar de forma correcta los sustentos teóricos de la participación social en el ASIS en los escenarios donde se forma el médico; encargado de la continuidad histórica del proceso transformador del cuadro de salud, la formación de nuevos médicos y de los actores sociales que se impliquen.

El contexto político sanitario para la actuación en Salud Pública

La APS constituye la estrategia fundamental donde los sistemas de salud articularon la propuesta de salud para todos.⁹ Los compromisos para implementarla se establecieron, en la Conferencia de Ottawa, en un llamamiento a la acción social de fomento o promoción a la salud.¹⁰ Los postulados allí trazados confirieron a la salud poblacional una nueva proyección, al reconocerse que el resultado que ella alcance está en dependencia de la acción que acometan los factores que con ella se relacionan.⁴ En 1995 la OMS proclama la participación de la comunidad y la cooperación del sector salud con otros sectores, dentro de los cuatro pilares que sustentan la acción en pro de la salud en el mundo.¹⁰ En 2007 la OPS en el documento de posición de renovación de la APS las redefine como premisas infalibles para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio.¹¹

En Cuba la estrategia de promoción de salud se ha fortalecido como resultado del proceso de descentralización del sistema de salud y de la implementación de programas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. De esta forma se ha consolidado la participación social en salud, el desarrollo de la APS, la reorientación de los servicios y el desarrollo local con mayor capacidad de gestión.⁴

En el último decenio, el Ministerio de Salud Pública ha emitido tres documentos que evidencian la vigencia argumental de las categorías: participación comunitaria e intersectorialidad. En las *proyecciones de la salud pública para el año 2015*, su basamento se sustenta en las necesidades de la población y la participación popular.¹² En las *transformaciones necesarias en el sistema de salud pública*, emitido en 2010, se adjudica la responsabilidad de cumplir con el programa del médico de la familia, cuyo carácter preventivo y su papel como institución social favorecen las posibilidades de influir tanto en el hombre como en su medio.¹³ En el *programa del médico y la enfermera de la familia*, perfeccionado en 2011, se ratifica este como modelo de la estrategia de APS en Cuba.¹⁴ Es meritorio resaltar que el gobierno ha otorgado a estas categorías una primordial preeminencia, al incluirlas en el lineamiento 159 de la política económica y social, que textualmente enuncia: "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".¹⁵

El ASIS como herramienta científico-tecnológica

El término Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) fue utilizado por *Serenko y Ermakov* en el año 1976. En 1992, la OPS propuso la utilización del término ASIS y posteriormente en 1999, lo conceptualizó como el proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, que facilita la identificación de necesidades y prioridades, la identificación de intervenciones, programas apropiados y la evaluación de su impacto. El ASIS comenzó a utilizarse en Cuba, a fines de la década de los 70 en el Policlínico Plaza de la Revolución, por la contribución del profesor *Cosme Ordóñez Cancellor*. Con la implementación del plan del médico y enfermera de familia, en 1984 y el surgimiento de la especialidad en Medicina General Integral (MGI), su perfil formativo se adecua y enriquece,^{6,16} a la vez que enaltece la teoría y la

práctica de la APS al trascender como su estrategia de trabajo esencial, al propiciar el tratamiento de los problemas con una perspectiva participativa social.¹⁷

En Cuba la voluntad política, la convicción y el deseo real de materializarlas en la práctica, han posibilitado que la salud se haya convertido en un bien social de alta estimación, en una responsabilidad principal del Estado y en un pleno derecho de los ciudadanos.⁵ Por ello, el empoderamiento comunitario es definido como una de las tecnologías gerenciales más defendidas, pues con su aplicación el médico de familia logra informar y entrenar a los actores para que se organicen, cobren conciencia y utilicen el poder para producir la transformación del cuadro de salud.¹⁸ *Francisco Rojas Ochoa* ha definido tres razones que sustentan el sistema de salud cubano y su sostenibilidad, ellas son: la voluntad política, la elección de tecnologías adecuadas, incluyendo la APS como estrategia y la participación social.¹⁹

Alcance social del ASIS en la formación del médico

La formación médica en Cuba ha sistematizado la participación social en salud como parte de la estrategia mundial de APS, en correspondencia con el perfil de salida y el modelo de profesional médico necesario. En la educación en el trabajo confluye la práctica docente del alumno con la práctica profesional y profesoral del tutor, actividad donde el estudiante contribuye, en la medida que transcurre su aprendizaje y transita en la carrera, con la transformación del estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.

La MGI es la disciplina principal integradora de la carrera, y representa el 13,2 % del tiempo lectivo del plan de estudio.²⁰ En lo curricular los contenidos del ASIS se enmarcan en la asignatura Salud Pública y se entrelazan en interdisciplinariedad e integración horizontal y vertical con las asignaturas que conforman dicha disciplina, condición que favorece su sistematización en la medida que transcurre la formación.

La dinámica formativo-cultural universitaria se orienta a la expectativa del siglo XXI y en consecuencia transita a una gestión que reconoce como sustento fundamental la formación de los seres humanos, en relación con su contexto histórico, social y cultural.²¹ A juicio de los autores las influencias sociales que provienen del contexto y el propio avance de la actividad científico-tecnológica, determinan las condiciones necesarias para la formación de los profesionales de la salud; mirada que vislumbra la complejidad de la formación médica, al desarrollar al unísono con la producción social de la salud que acometen, de forma conjunta e integrada, el profesor-médico y el estudiante, interactuando con los actores sociales y la comunidad como un todo.

Condiciones contextuales donde se realiza el ASIS en la formación médica

Actualmente se reconoce que la relevancia, la calidad y sustentabilidad de la dinámica formativo socio-cultural debe ser el eje en la comprensión e interpretación de la universidad, en la búsqueda de las transformaciones cualitativas necesarias en la contemporaneidad.²¹ Por ello en la formación de los profesionales de la salud es importante reconocer que la salud de la población no pueda ser deslindada del desarrollo y el progreso y que su campo de estudio y su práctica se involucren el área del saber de las ciencias de la salud y con el de otras disciplinas sociales.²²

A pesar de los esfuerzos para la realización exitosa del ASIS, persisten insuficiencias por la inadecuada participación de los actores en el proceso. Ello limita que el proceso docente se desarrolle de forma efectiva, debido a la insuficiente coactuación entre el equipo de salud y los actores sociales, al no lograr la complementación en la práctica; lo cual se afianza como un elemento catalizador primordial en la dinámica formativa. A continuación se muestran criterios y/o resultados seleccionados de algunos investigadores que revelan las inconsistencias en la aplicabilidad del ASIS en los escenarios del nivel primario de salud, lugar donde se desarrolla este trascendental contenido en la formación médica.

Juan Vela Valdés y otros plantean que el ASIS realizado por el estudiante es de mayor calidad que el ejecutado por el médico de familia, pues en muchos de ellos no participan en su confección los factores de la zona, no se discuten con la población los problemas de salud y la conducta a seguir ante ellos, o sea no hay participación popular, los planes de acción y de ejecución están mal confeccionados, no se priorizan los problemas más importantes, entre otras irregularidades.²³ Al respecto, *Pastor Castell-Florit* plantea que la intersectorialidad ha producido parte de las reformas positivas del cuadro de salud, pero no se puede subvalorar la falta de sistematicidad en su ejecución, aspecto que cataloga como barrera para alcanzar su éxito.⁵ *Miguel Limiá David*, citado por *Alonso Freyre*, considera que dadas las elevadas expectativas de la población, con elevados niveles de instrucción y cultura política requiere que las instituciones estén a la altura de los desafíos que ello implica²⁴ y *Ricardo González Menéndez* resalta que el elevado nivel de preparación de la comunidad, implica una actitud de mayor exigencia al sector.²⁵

Félix Sansó Soberats señala que el ASIS se ha convertido en una actividad formal y burocrática, donde comúnmente no es efectiva la participación, lo que limita su influencia en la modificación de las actitudes de sus miembros.¹⁷ *Silvia Martínez Calvo* cataloga como aceptable su utilización en los servicios, pero no siempre se ha sustentado en un abordaje metodológico riguroso e identificó que subyace un escaso nivel de análisis por la no inclusión del criterio de los representantes sociales.⁶ *Miguel Márquez*, con relación a esto, señala que ello induce a optar por la sucesión de operaciones para resolver problemas descontextualizados de un pensamiento analítico.²⁶ *Pastor Castell-Florit* afirma que la intersectorialidad requiere de voluntad política y de diseño tecnológico que favorezca su inserción en la producción social de la salud.⁴

Rafael Borroto Chao detalla entre los factores que la dificultan: el predominio de la cultura centralizada del sector salud, los mecanismos administrativos se sobrepone a la iniciativa, creatividad y gestión local, la visión tecnocrática de las soluciones y el predominio del verticalismo sobre la integración horizontal.²⁷ *Francisco Rojas Ochoa* resalta que no se ha alcanzado la unidad de pensamiento en la dirección indicada, lo que provoca se realicen análisis y enfoques desacertados sobre numerosos problemas de salud.²⁸ *Silvia Martínez Calvo* reconoce la contribución del ASIS y las deficiencias en su aplicación, y partir de ello, propone su renovación para contribuir a enfrentar los retos y promover soluciones consecuentes para los problemas de salud.²⁹

La valoración de la aplicabilidad de la participación en salud antes descrita, requiere una interpretación del proceso formativo para atemperarlo a la contemporaneidad y con ello facilitar prácticas pedagógicas que puedan adaptarse al ritmo y avance del contexto. La implementación de los lineamientos y las acciones para perfeccionar el sistema de salud, avizoran un mejoramiento de la aplicabilidad del ASIS, para lo

cual sería acertado que las políticas institucionales sistematicen el trabajo comunitario y la intersectorialidad, no concibiéndolas un gasto sino una inversión para que fructifique una práctica social transformadora; que como influencia educativa alcance niveles superiores que contribuyen al desarrollo cognoscitivo en el estudiante y el actor social implicado, ambos sujetos en transformación convocados a su investidura para asumir una efectiva producción social de la salud.

CONCLUSIONES

La participación social, como premisa para la transformación progresiva del estado de salud, permanece como eje vertebrador del debate de múltiples autores, directivos y agencias internacionales, sin embargo, es una realidad que la aplicación en la práctica social de sus sustentos teóricos es insuficiente, constituyendo un desafío en la contemporaneidad.

El ASIS alcanza una significativa historicidad en los servicios y la docencia, con un sucesivo rediseño curricular en función de mejorar su uso como instrumento científico; pero aún subyacen insuficiencias en su aplicabilidad contextual que repercuten en la formación médica.

La reforma del programa del médico y enfermera de familia, y la instrumentación de las políticas gubernamentales, apuntan hacia una efectiva práctica social que alcance no solo la modificación de los indicadores de salud sino la transfiguración del rol que le concierne conquistar al actor social, al implicarse por la acción de mediación técnica que debe ejercer el médico general y así, asumir de conjunto, la producción social de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Curbelo Toledo G. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Ecimed; 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Planificación local participativa. Washington: OPS; 1999.
3. Rojas Ochoa F. La muy necesaria renovación de la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2009 [citado 2 Mar 2010]; 35(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
5. Castell-Florit Serrate P. Escuela Nacional de Salud Pública. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
7. Trelles I. Responsabilidad social de la universidad y su papel en el desarrollo sostenible. Rev Univ Habana. 2011; 272: 166-79.

8. Núñez Jover J. El conocimiento entre nosotros: notas sobre las complejas articulaciones entre el conocimiento y la sociedad. Rev Univ Habana. 2010;271:81-101.
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial salud para todos en el año 2000. Rev. salud para todos. 1981; (3): 41-52.
10. Dhillon HS, Philip L. Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo. 1ra ed. Ginebra: Ed. Organización Mundial de la Salud; 1995.
11. Organización Panamericana de la Salud. La construcción de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. p. 7-15.
12. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la salud pública en Cuba para el 2015. La Habana: MINSAP; 2006.
13. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones necesarias en el sistema de salud pública. La Habana: MINSAP; 2010.
14. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana: MINSAP; 2011.
15. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. La Habana: PCC; 2011.
6. González Escalante AL. Análisis de la situación de salud de la comunidad: Su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. Rev Educ Med Super [Internet]. 2006 [citado 01 Sep 2014];20(2):61-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000200006&lng=es
17. Sansó Soberats FJ. Análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2003 [citado 01 Sep 2014]; 29(3):260-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300010&lng=es
18. Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
19. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2003 [citado 04 Sep 2014];29(2): 157-69. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200011&lng=es
20. Vela Valdés J, Fernández Sacasas JA, Álvarez Sintés R. Política de formación médica para la atención primaria de salud y el papel de la asignatura Medicina General Integral en el currículo. Educ Med Super [Internet]. 2012 [citado 01 Sep 2014];26(2): 259-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200009&lng=es

21. Fuentes González HC. Dinámica en la gestión formativo cultural universitaria. La formación en la educación superior. Centro de estudios de educación superior "Manuel F. Gran". Santiago de Cuba: Ed. Universidad de Oriente; 2011.
22. García González R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2011 [citado 01 Sep 2014]; 37(5):65-71. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es
23. Vela Valdés J, Fernández Sacasas J. Las asignaturas de salud pública en las políticas de formación para la carrera de medicina. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2012 [citado 01 Sep 2014]; 38(3):383-92. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300005&lng=es
24. Alonso Freyre J. El autodesarrollo comunitario. Crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana. Santa Clara: Ed. Feijóo; 2004.
25. González Menéndez R. Humanismo y gestión en salud en el siglo XXI. ¿Avanzamos o retrocedemos? La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2011.
26. Márquez M. Formación del espíritu científico en salud pública. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2011 [citado 01 Sep 2014]; 37(Supl):585-601. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500008&lng=es
27. Borroto Chao R. Participación comunitaria, social y popular. En: Álvarez Sintés, R. Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2008: 521-24.
28. Rojas Ochoa F. Interdisciplina e intersectorialidad. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2010 [citado 06 Sep 2014]; 36(3):197. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300001&lng=es
29. Martínez Calvo S. Renovación del Análisis de Situación de Salud en los servicios de medicina familiar en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2013 [citado 01 Sep 2014]; 39(4):752-62. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400011&lng=es

Recibido: 4 de agosto de 2014.

Aprobado: 31 de octubre de 2014.

Reinaldo Pablo García Pérez. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Aseff Yara". Circunvalación norte, esquina Carretera a Morón s/n. Ciudad Ciego de Ávila, Cuba. Correo electrónico: rey.say@fcm.cav.sld.cu