

Artículo original

Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba Estudio cualitativo



Identification of Competence in Health Promotion of Family Physicians in Cuba. Qualitative Study Identificação de competências na promoção da saúde em médicos de família de Cuba. Estudo qualitativo

Rolando Bonal-Ruiz,* Mercedes Marzán-Delis,** Alicia Garbey-Acosta***

Resumen

Objetivos: explorar los puntos de vista de médicos de familia acerca de los conocimientos más importantes, actitudes y habilidades (competencias) que deben tener en su práctica profesional para la promoción de salud.

Método: estudio cualitativo, descriptivo, que combina dos técnicas de recolección de datos: entrevista en profundidad y grupo focal, conducido en los meses de noviembre y diciembre de 2011 y abril de 2012, se realizaron tres grupos focales y cinco entrevistas a profundidad en médicos de familia rigurosamente seleccionados, de amplia experiencia, procedentes de varios policlínicos de los municipios Santiago de Cuba y de Guantánamo; se dirigieron a los temas: concepto personal de promoción de salud, conocimientos, habilidades y actitudes.

Resultado: hubo un predominio en la concepción educativa de la promoción de salud más que de los aspectos ambientales, comunitarios e intersectoriales de ésta. Se identificaron conocimientos, actitudes y habilidades, resaltando la necesidad de más habilidades y actitudes que de conocimientos, estas últimas se enfocaron en la implementación de modelos y teorías actualizadas. **Conclusiones:** la formación y entrenamiento en promoción de salud dentro de la Medicina Familiar necesitan estar basados en las competencias percibidas por los propios médicos de familia según su desempeño laboral.

Summary

Objective: to explore different points of view of family physicians about the more important knowledge, attitudes and skills (competences) that physicians must have in their professional practice for health promotion. **Methods:** qualitative and descriptive study, that combines two different collection of data techniques: interview in depth and focus group, made during November and December, 2011 and April 2012. Three focus groups were made and five interviews in depth to family physicians rigorously selected, of wide experience, from of several polyclinics from the Santiago of Cuba and Guantánamo municipalities; several topics were directed: personal concept about health promotion, knowledge, skills and attitudes. **Results:** there was a predominance in the educational conception of health promotion rather than of environmental and community topics. Knowledge, attitudes and skills were identified, highlighting the need of more skills and attitudes rather than knowledge. Knowledge was focused on the implementation of updated theories and models. **Conclusions:** education and training in health promotion within family medicine need to be based on competences perceived by family physicians according to their job performance.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, promoción de salud, competencias profesionales

Keywords: family and community medicine, health promotion, professional competences

Palavras chave: medicina de família e comunidade, promoção da saúde, competências profissionais

Recibido: 24/5/16
Aceptado: 16/11/16

*Profesor auxiliar; Policlínico "Ramón López Peña", investigador auxiliar. **Unidad Provincial de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. ***Profesor instructor; Dirección Municipal de Salud, Guantánamo, Cuba.

Correspondencia
Rolando Bonal-Ruiz
bonal@medired.scu.sld.cu

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sugerencia de citación: Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta A. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba. Estudio cualitativo. *Aten Fam.* 2017;24(1):32-39.

Resumo

Objetivo: explorar as opiniões dos médicos de família sobre o conhecimento mais importante, atitudes e habilidades (competências) que devem ter na sua prática profissional para promover a saúde.

Método: um estudo qualitativo, descritivo, que combina duas técnicas de coleta de dados: entrevistas em profundidade e grupos focais, realizados nos meses de novembro e dezembro de 2011 e abril de 2012. Realizaram-se três grupos focais e cinco entrevistas em profundidade em médicos de família cuidadosamente selecionados com uma vasta experiência de várias policlínicas de Santiago de Cuba e Guantánamo. Dirigiram-se os temas: conceito pessoal de promoção da saúde, conhecimentos, habilidades e atitudes. **Resultados:** houve predomínio do conceito de ensino na promoção da saúde mais do que no meio ambiente, a comunidade e os aspectos inter setoriais. Identificaram-se conhecimentos, atitudes e habilidades destacando a necessidade de mais habilidades e atitudes que o conhecimento, este último centrado na implementação de modelos e teorias atualizadas. **Conclusões:** a educação e a formação na promoção da saúde em medicina de família precisa ser baseada em competências percebidas pelos próprios médicos de família de acordo com seu desempenho no trabalho.

Introducción

La identificación de competencias en promoción de salud de médicos de familia en Cuba tiene sus antecedentes en un taller nacional realizado en la Escuela Nacional de Salud Pública en el año 2003 “Identificación de competencias de promoción de salud para especialistas de Medicina General Integral” del 27 al 31 de enero, fue conducido por la actual

coordinadora y presidenta del Comité Académico de la Maestría de Promoción y Educación para la Salud, la doctora Giselda Sanabria Ramos.¹

Siempre ha existido un debate entre la promoción de salud de manera global y la que hacen los médicos de familia,² por ello, la primera disyuntiva es definir a qué tipo de promoción de salud nos referimos como médicos de familia al abordar estos temas; lo cual no solo sucede en Cuba, sino en otros países tan disímiles como Nueva Zelanda,³ Suecia⁴ o Australia.⁵

Al revisar la literatura internacional hay pocos trabajos publicados respecto a la identificación de competencias en promoción de salud por médicos de familia, sin embargo, sobresalen la identificación de competencias más genéricas y principalmente dirigidas a funcionarios, especialistas en promoción de salud, la máxima expresión se dio en la Conferencia de Consenso de Galway,⁶ en la cual predominaron los países desarrollados y las competencias identificadas por trabajadores de la promoción de salud de América Latina,⁷ no obstante, son muy escasos los trabajos publicados dirigidos a identificar tales competencias en profesionales de salud que trabajan con pacientes en la atención primaria de salud. Por su parte, Irvine identificó estas competencias en enfermeras del nivel primario.⁸

En los últimos años se le está dando gran importancia a la promoción de salud que se hace en determinados entornos o escenarios,⁹ pero se ha prestado poca atención al entorno en el que el médico de familia desarrolla su trabajo; debido a ello, algunos autores plantean que este es un aspecto que se ha descuidado,¹⁰ otros autores la clasifican enfocándola a otros niveles, como la promoción de

Competencias en promoción de salud

salud clínica,¹¹ más afín al trabajo de los médicos de familia.

Algunos autores han criticado el concepto de promoción de salud, por ser demasiado genérico y debido a que abarca muchas áreas de trabajo, en las cuales las prioridades no están claras.¹²

El concepto de promoción de salud reflejado en la carta de Ottawa¹³ es sumamente amplio e incluye o abarca la educación para la salud, implementación de políticas públicas, ambientalismo y acción de la comunidad.

La promoción de salud tiene un fuerte énfasis en las políticas públicas saludables, está dirigida a alcanzar cambios sociales, económicos, ambientales económicos y medidas legales; también se preocupa por ayudar a adquirir, profundizar y afianzar conocimientos y habilidades en el individuo sobre cómo prevenir y lidiar con la enfermedad. Sin embargo, Delaney sugiere, que es injusto esperar que cualquier grupo o individuo opere o trabaje en todos los niveles de la promoción de salud.¹⁴

Por consiguiente, parece necesario identificar los límites y magnitud de la contribución de los médicos de familia a la promoción de salud en la atención primaria, así como sus competencias para trabajar en este ámbito, por lo que algunos defienden la existencia de adjetivos en la promoción de salud según el área en la que se trabaje, surgiendo así la promoción de salud clínica, más afín con el trabajo de los médicos de familia, la cual ha sido definida como la educación de salud y consejería al paciente dirigidas a cambios conductuales en los pacientes con riesgos o estilos de vida relacionados con enfermedades, o que tiene enfermedades para las cuales la modificación de hábitos puede mejorar la función o resultados de salud.¹¹

Aunque esta definición no abarca todo el trabajo que realiza el médico de familia cubano en la promoción de salud, se acerca bastante, sin desdeñar los aspectos comunitarios e intersectoriales con los líderes de la comunidad que representan las diferentes instituciones y organismos enclavados en el área de atención médica. Por tal razón, se realizó una investigación en determinados médicos de familia de dos provincias del país, interesados en la promoción de salud y con experiencia en este ámbito, a fin de identificar las competencias más relevantes en la promoción de salud en su desempeño laboral.

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa, con dos técnicas de recolección de datos: entrevista en profundidad y grupo focal, conducida en los meses de noviembre y diciembre de 2011 y abril de 2012, se realizaron tres grupos focales y cinco entrevistas a profundidad en médicos de familia seleccionados. Se definió “competencias” como los conocimientos, actitudes y habilidades que se necesitan para tener un adecuado desempeño en la promoción de salud.¹⁵ Se usó un enfoque fenomenológico, hermenéutico, con una base constructivista e interpretativa.

Un grupo focal fue realizado en el Centro Provincial de Promoción de Salud de la ciudad de Santiago de Cuba, cinco entrevistas a profundidad realizadas el mismo día en encuentros individuales, el resto fueron realizadas en distintas fechas del mes de noviembre y diciembre de 2011 (en los consultorios de los participantes, en horario no laborable) y dos en otros locales del policlínico, con condiciones apropiadas; cada entrevista duró entre 45 y 50

minutos, se hizo cara a cara, de forma privada, otros dos grupos focales fueron hechos con médicos procedentes de los Policlínicos Centro, Norte y Este de la ciudad de Guantánamo, cada sesión con los grupos focales duró entre 90 y 120 minutos.

Todos los participantes fueron voluntarios, seleccionados de una forma determinada, intencional, todos especialistas de medicina general integral que cumplían los siguientes criterios de inclusión: más de 20 años en la práctica de medicina general integral, labor asistencial y docente en el policlínico, participación voluntaria en las entrevistas, mostrar estar interesado en actividades de promoción de salud, haber realizado alguna actividad educativa individual, grupal, familiar, sociocomunitaria o social y/o de coordinación intersectorial en los últimos 12 meses o haberse destacado habitualmente en esta actividad. A todos los participantes se les solicitó su consentimiento para participar en la investigación, el cual fue firmado, la investigación se presentó y fue aprobada por el comité de ética de las instituciones de los autores. Las entrevistas terminaron cuando el criterio de “saturación” se alcanzó.¹⁶

Cada entrevista fue grabada y sus transcripciones fueron leídas tiempo después a los entrevistados para asegurar su exactitud, los datos relevantes fueron identificados, codificados y clasificados en diferentes subáreas.

Para la interpretación de los datos se usó análisis de contenido,¹⁷ en éste se tuvo en cuenta, tanto el análisis inductivo derivado de los datos que aportaron los participantes y el análisis deductivo derivado de los previos conocimientos que tenían los investigadores, de las tendencias actuales en promoción de

salud y Medicina Familiar, que permitió comparar y asociar las categorías que ofrecieron los participantes con los provenientes de conocimientos previos, en cuanto a los componentes de las competencias relacionados con estas tendencias, lo que permitió asegurar la validez del contenido.¹⁸

Dentro del análisis de contenido también se realizó un proceso inductivo de discusión con los autores, para asegurar un consenso en la selección de palabras -de acuerdo con las tendencias de la Medicina Familiar en el mundo y la promoción de salud en sí-, para nombrar cada componente de las competencias (conocimientos, actitudes, habilidades), así como la definición de la promoción de salud en la Medicina Familiar, según las características socioeconómicas y culturales del contexto cubano.

Se les explicó a los participantes que la razón principal para hacer el estudio fue fortalecer la promoción de salud en atención primaria.

Para recoger las opiniones de los participantes, se usó grabadora en grupos focales y notas escritas en las entrevistas a profundidad, algunos autores como Halcomb y Davidson señalan que las notas escritas son tan válidas, como el uso de grabadoras.¹⁹ El combinar grupos focales y entrevistas en profundidad permitió afianzar y mejorar la riqueza de los datos recogidos.

Resultados

Al preguntarle a los médicos qué era para ellos promoción de salud en la Medicina General Integral (MGI), la mayoría la identificó con actividades educativas así como estilos de vida en individuos, grupos y comunidades; “actividades destinadas a educar a personas, grupos”; “es actuar sobre los estilos de vida”; “son un

Tabla 1. Conocimientos percibidos por médicos de familia seleccionados

Conocimientos	Citas textuales	Tendencias en promoción de salud
<ul style="list-style-type: none"> Teoría y modelos de cambio de comportamiento Consejería de estilos de vida (comportamientos en salud) 	“A veces no se sabe cómo funciona el comportamiento, para que una persona haga algo y la queremos persuadir, casi inducirlo, de forma autoritaria y logras resistencia de esa persona”; “no partimos de sus preferencias, de indagar porqué no hace las cosas, no lo escuchamos atentamente, no dialogamos”; “mira el caso del paciente que fuma, acaso le preguntamos, por qué usted fuma, le decimos tienes que dejar de fumar y ya”	<ul style="list-style-type: none"> Paciente centrismo (<i>patient centeredness</i>) Entrevista motivacional Entrenamiento para la salud (<i>health coaching</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Teoría y modelos de aprendizaje/ aprendizaje de adultos 	“También se necesita saber cómo la persona aprende e interioriza lo que se le dice, pues no es lo mismo un niño, que tiene otro modo de pensar”	
<ul style="list-style-type: none"> Teoría del empoderamiento 	“La persona debe decidir y tener elementos para hacerlo con precisión y esos elementos debe dárselos el médico de familia”	<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento personal Toma de decisiones compartidas (<i>Shared decision making</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Teorías y modelos de promoción de salud Teorías y modelos de educación para la salud Teorías y principios de la educación para la paciente 	“Puede haber confusión entre la promoción de salud y la educación para la salud, muchos del personal de la salud, no tienen claro eso”; “porque no es lo mismo la promoción de salud que se hace en un centro de promoción de salud, que la que se hace en el consultorio y policlínico, que va más dirigida al paciente”	
<ul style="list-style-type: none"> Determinantes de salud 	“Es preciso saber el porqué la gente se comporta de determinada forma y qué es lo que influye en su salud, en su comportamiento”	
<ul style="list-style-type: none"> Deberes y derechos del paciente 	“El paciente necesita saber, cuáles son sus deberes y derechos, pues un deber es que ellos le pregunten al médico sobre su enfermedad, sus causas y un derecho es exigir que se le dé información, que se le eduque y eso el médico de familia también debe saberlo”	

conjunto de acciones ejecutadas por personas que conozcan del tema”; “cambiar algo que creemos que no está bien”; muy pocos lo asociaron con la influencia en el mejoramiento de las condiciones de vida y a la coordinación intersectorial, a pesar de que se mencionan e imparten en las formaciones docentes de pregrado²⁰ y posgrado²¹ algunos dieron una conceptualización más amplia “acciones que se realizan para mejorar las condiciones y la calidad de vida”.

Todos los participantes respondieron ampliamente sobre los conocimientos, actitudes y habilidades que deberían de tenerse en la promoción de salud, hay un predominio de las habilidades sobre las actitudes y sobre los conocimientos identificados, estos se pueden apreciar en las tablas 1, 2 y 3.

Discusión

Si bien en la Medicina Familiar es común identificar competencias para mejorar la práctica asistencial,²²⁻²⁵ muchas de estas competencias son genéricas, y las competencias específicas de promoción de salud -según el concepto que se aborda en este artículo- se encuentran diseminadas.

Por ejemplo, Montero y cols.²² al recoger competencias que debe tener un médico de familia identifican competencias de promoción de salud como: conocer los principios de la promoción y educación para la salud y uso de herramientas de la promoción de salud, pero no especifica cuáles.

Hay competencias que pertenecen a varias disciplinas o a varios ámbitos y han desarrollado autonomía propia en grupos de profesionales y sociedades²⁰ que en ocasiones no se reconocen oficialmente como pertenecientes a la promoción de salud, aunque hay autores

como Nebot y cols.,²¹ que han identificado las habilidades de comunicación, la metodología del consejo para el cambio de comportamiento, las técnicas grupales etc., como componentes de la promoción de salud identificados en médicos de familia.

Llama la atención las alusiones al llamado que hacen los médicos de familia

a que el paciente sea más autoresponsable y que tome decisiones por sí mismo, pensamiento que coincide con la nueva característica añadida (“promover el empoderamiento del paciente”) a la definición europea de Medicina Familiar, en su revisión del año 2011,²⁶ que es congruente con la necesidad identificada en nuestro medio.

Tabla 2. Habilidades identificadas por médicos de familia seleccionados

Habilidades	Citas textuales	Tendencias en promoción de salud
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para conducir un grupo Habilidades para formar un grupo; técnicas de educación grupal 	<p>“El nuevo programa del médico de familia plantea que hay que hacer los grupos (educativos) de adolescentes, embarazadas, pero muchos (médicos de familia) no sabemos cómo hacer un grupo, cómo conducirlo, qué contenido darle, si estos están actualizados, si está actualizada y es útil la información que le estas dando”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para trabajar en equipo Habilidades para educación inter-profesional 	<p>“Otra cosa, si están educando a un diabético, no lo debes hacer sólo, pues debe participar, el clínico, la enfermera, el podólogo, el dietista, el profesor de cultura física, a veces convocar y unir esa gente no es fácil”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Educación para la salud basada en la evidencia (<i>Evidence based health education</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Uso de medios gráficos (ayudas instructivas) Redacción del mensaje educativo 	<p>“Es necesario saber cómo funciona un cartel, qué mensaje transmite y si el mural (educativo) es efectivo o no, pues no es poner carteles, plegables por poner, incluso uno mismo, debe saber cómo redactar un mensaje educativo a fin de que llegue a la comunidad... a los pacientes”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de riesgo (individual, comunitario) 	<p>“Tanto el paciente, como a la comunidad hay que saberlas educar, informar, de manera efectiva, pues si no, uno se queda con el sabor, de que hablas y hablas y no te hacen caso”; “tú le explicas (al paciente) una y otra vez y no entiende ¿cómo hacer que el paciente comprenda?, ¿cómo hacer que sienta que tiene riesgo su salud?, asimismo pasa en la comunidad, tú le hablas y siguen haciendo lo que quieren”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Risk Communication (<i>individual, community</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Planificación local participativa; cómo hacer un plan de acción comunitario Intersectorialidad Habilidades de negociación, concertación, deliberación con líderes comunitarios; cómo hacer un consejo de salud comunitario 	<p>“Viene un supervisor y te dice que en el (documento del diagnóstico y) análisis de la situación de salud debes tener un plan de acción (al problema de salud prioritario de la comunidad) que involucre a los líderes comunitarios del cedé erre, femecé (organizaciones comunitarias) y hacer un consejo de salud comunitario, pero casi nunca te dicen cómo hacer”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Participación social (<i>Social participation</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para realizar una investigación de intervención educativa efectiva 	<p>“Se debe medir el efecto de lo que hacemos en promoción de salud, si fue efectivo o no”; “esto puede ser una investigación para una tesis de MGI (tema de terminación de la residencia de medicina familiar), se piensa que con el medir el conocimiento es suficiente y no se tienen en cuentas las actitudes, el comportamiento y otros resultados de la intervención educativa”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para realizar una investigación cualitativa 	<p>“A veces yo quiero conocer cómo piensan los pacientes para poder educarlos mejor”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para realizar abogacía 	<p>“Hay problemas de salud que afectan las condiciones de vida y que no dependen del médico ni de la enfermera ni del propio paciente y hay que tocar otras puertas, ver al delegado, al partido”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Abogacía de salud (<i>Health advocacy</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para hacer educación de automanejo 	<p>“Es más rentable enseñar a los pacientes a usar sus aparatos, a cuidarse a sí mismos, adaptarse a su enfermedad, que simplemente decirle lo que es la enfermedad”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado, educación de automanejo (<i>Self-care, self-management education</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para hacer comprender al paciente 	<p>“Ubicarse en los límites de comprensión del paciente y hacer que entienda de la forma más simple”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alfabetización de salud (<i>Health literacy</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para usar el momento acertado 	<p>“Hay que esperar y aprovechar el momento para educar, pues no siempre el paciente acepta lo que le dices”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Momento enseñable (<i>Teachable moment</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Establecer alianzas colaborativas 	<p>“Hay que saber y saber negociar con personas e instituciones de la comunidad que uno sabe que lo pueden ayudar en la solución de los problemas del paciente”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Partnership
<ul style="list-style-type: none"> Manejo de información de salud digital 	<p>“Es importante enseñar al paciente a navegar en información de salud fiable, que apoye lo que uno le dice”</p>	<ul style="list-style-type: none"> Salud en línea -digital- (<i>eHealth applications, eHealth communications</i>)
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades para hablar en público 	<p>“A veces es como que nos falta valor y un poco de técnica para hablar con grupos de pacientes”; “aparte de que depende del temperamento y disposición de cada cual”</p>	

Competencias en promoción de salud

Muchos de los conocimientos, habilidades y actitudes identificados en los médicos de familia, coinciden con las seis competencias esenciales de la Medicina Familiar, según la definición europea de esta disciplina y especialidad (2011);²⁶ de hecho seis de las doce características de esta disciplina a la vez insertadas dentro de estas competencias esenciales -también consideradas habilidades-, fueron identificadas por los médicos de familia de esta investigación como componentes de las competencias en promoción de salud; estas fueron: abogacía en salud; promover el empoderamiento del paciente; comunicación efectiva; responsabilidad por la salud de la comunidad; holismo (atención física, psicológica, social, cultural y existencial de los problemas de salud); y promoción del bienestar y de la salud propiamente dicha. Como se puede apreciar, el grueso de la Medicina Familiar -según este concepto- lo constituye la promoción de salud, según la concepción identificada por los profesionales de salud en esta investigación, de hecho, el nuevo programa cubano de Medicina Familiar “considera la promoción de salud, como la actividad rectora de la medicina familiar”.²⁷

Es notorio en los participantes la necesidad de conocer y tener habilidades para el cambio de comportamiento y para hacer comprender al paciente lo que le decimos, algo coincidente con dos de los cinco temas tratados en la penúltima conferencia mundial de promoción de salud en Nairobi, 2009:²⁸ conductas y alfabetización de salud, los cuales constituyen además, un llamado de acción a los países a tomar partido para su fortalecimiento y que han sido abordados también para su inclusión en la Medicina Familiar,^{29,30} todo esto complementado con la necesidad de fortalecer la efecti-

Tabla 3. Actitudes identificadas por médicos de familia seleccionados

Actitudes	Citas textuales	Tendencias en promoción de salud
▪ Empatía; paciente centrismo	“Hay que ponerse en el lugar del paciente y comprender por qué actúa así y eso debe enseñársele a los médicos”	▪ Paciente centrismo (<i>patient centeredness</i>)
▪ Toma de decisiones compartidas; actitud no paternalista (no ser autoritario); actitud democrática; respeto a las decisiones del paciente y de la comunidad)	“Uno no debe imponerse, no le debes decir siempre lo que tiene que hacer al paciente, él también tiene que tomar sus decisiones y uno debe ayudar, orientarlo, educándolo, informándolo... igual sucede con la comunidad”	▪ Toma de decisiones compartidas (<i>Shared decision making</i>)
▪ Actitud proactiva, actitud salutogénica, sanalógica	“La salud no solo depende de medicamentos, la comunidad tiene instituciones, lugares a los que se puede encaminar al paciente para adquirir bienestar, y el médico debe saberlos”	▪ Prescripción social, activos de salud, modelo de bienes (<i>Social prescription, health assets, Assets model</i>)
▪ Ética	“Es necesario también tener y aplicar la ética al realizar una actividad de promoción y educación para la salud, respetar la individualidad y características del paciente”	
▪ Autoaplicación de las medidas de promoción y educación para la salud	“Cómo voy a pretender que un paciente camine más, haga ejercicios físicos, cuando yo mismo soy sedentario”	
▪ Compromiso social; responsabilidad social; justicia social; profesionalismo	“Si no tengo sentido de compromiso social, me será difícil actuar en la comunidad, sobre todo en un barrio marginal”	
▪ Postura proactiva	“Hay que antecederse primero a lo que va a pasar, preparar al paciente, por ejemplo, en la jubilación, para evitar depresiones, ideas suicidas, sedentarismo”	
▪ Actitud democrática; actitud colaborativa, actitud participativa, de inclusión social, planificación local participativa	“Los miembros del consejo de salud deben de realizar las tareas, junto al médico y a la enfermera (del consultorio) que respondan al plan de acción del (documento) del análisis de la situación de salud, debemos darle participación a todos... a veces lo hacemos nosotros solos (médicos de familia) desde un buró”	
▪ Holismo; espiritualidad	“Promover salud, también es pasear, divertirse, ver una buena película, ir al teatro, ver una pintura, desconectar, desarrollar la creatividad, meditar, orar, mirar el mar”	▪ Prescripción social, activos de salud, modelo de bienes (<i>Social prescription, health assets, Assets model</i>)

vidad de las actividades de promoción de salud basada en pruebas o evidencias contundentes, tal como estableció una de las áreas de trabajo de la última conferencia mundial de promoción de salud en Helsinki, 2013.³¹

Existen pocos estudios que miden las competencias de promoción de salud en Medicina Familiar, sobre todo desde una posición integral como se posiciona el concepto de promoción de salud en MGI, pues algunos autores la mezclan con los cuidados preventivos³² y otros la reducen a la modificación de estilos de vida.³³

Muchas de las competencias expuestas coinciden con las señaladas por Irving, en cuyo trabajo muchos de los informantes también fueron médicos de familia,⁸ otras competencias también son similares a las identificadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica.⁷

Como todo estudio cualitativo, la muestra fue pequeña y no es representativa de todos los médicos que hacen actividades de promoción de salud ni de todos los médicos de familia; los médicos seleccionados están especialmente motivados en esas actividades y puede que no represente el interés de otros médicos de familia, debe tenerse en cuenta la subjetividad de los participantes y de los investigadores, además, el sexo masculino estaba infrarepresentado.

Este estudio aunque no es concluyente, representa una base firme a tener en cuenta para otros estudios cuantitativos e investigaciones más amplias, en necesaria combinación con otros métodos tradicionales de identificación de competencias.

A pesar de sus limitaciones este estudio puede ser motivador para desar-

rollar políticas de salud, para los diseñadores de currículo y para la formación de posgrado en general, representa un llamado a implementar y fortalecer la promoción de salud clínica y comunitaria en la Medicina Familiar. El grupo de desarrollo de la promoción de salud en MGI a partir de estas competencias diseñó una propuesta de diplomado de promoción de salud clínica dirigido a médicos de familia, presentado en la 1ª Convención de Salud, Cuba 2012,³⁴ este grupo además ha publicado diversas actualizaciones de tendencias de promoción de salud clínica en revistas cubanas.^{35,36} Actualmente se prepara un manual de herramientas en promoción de salud clínica basado en estas competencias y se establecen las competencias según los niveles conceptuales de la promoción de salud en MGI³⁷ a fin de reorganizar los módulos para su enseñanza.

Conclusión

La identificación de conocimientos, habilidades y actitudes así como la construcción de un concepto propio de la promoción de salud, constituyen la base para un desarrollo óptimo de este ámbito en el escenario de la atención primaria de salud y específicamente en la medicina general integral, lo que propiciará ajustar y adecuar mejor la teoría, la práctica y desarrollar un currículum basado en competencias, tanto en pregrado como en posgrado; el perfeccionamiento de estas competencias y su aplicación contribuirá a mejorar el nivel primario de salud y con ello el bienestar y salud individual, familiar, grupal y comunitaria, todo lo anterior propiciará mejores resultados de salud y mejor satisfacción tanto de los profesionales como de los usuarios de la atención sanitaria.

Referencias

1. Escuela Nacional de Salud Pública. Dra. Giselda Sanabria Ramos, mujer destacada en Medicina social 2012 [Internet]. [Citado 2014 Marzo 14]. Disponible en: http://www.sld.cu/verpost.php?blog=http://articulos.sld.cu/editorhome&post_id=9290&tipo=1&opc_mostrar=2_3_&n=z
2. Ladouceur R. Family physicians and health promotion. *Can Fam Physician* [Internet]. 2014;60(2):106. Disponible en: <http://www.cfp.ca/content/60/2/106.long>
3. McKinlay E, Plumridge L, McBain L, McLeod D, Pullon S, Brown S. "What sort of health promotion are you talking about?": a discourse analysis of the talk of general practitioners. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):1099-106.
4. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:191.
5. Achhra A. Health promotion in Australian general practice - A gap in GP training. *Australian Family Physician* [Internet]. 2009;38(8):605-608. Disponible en: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/Publications/AustralianFamilyPhys/2009issues/Afp200908/200908achhra.pdf>
6. Allegrante JP, Barry MM, Auld ME, Lamarre MC. Galway revisited: tracking global progress in core competencies and quality assurance for health education and health promotion. *Health Educ Behav*. 2012;39(6):643-7.
7. Organización Panamericana de la Salud. Identificación de ofertas de formación y sondeo de competencias para la Promoción de la Salud en América Latina. Unidad de entornos y comunidades saludables. Fundesalud, Colombia, Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina (UIPES). Reporte final. Colombia; 2008.
8. Irvine F. Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *J Clin Nurs*. 2005;14(8):965-75.
9. Kokko S, Green LW, Kannas L. A review of settings-based health promotion with applications to sports clubs. *Health Promot Int*. 2014;29(3):494-509.
10. Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. *Qual Prim Care*. 2008;16(3):177-85.
11. Herbert CP. Clinical health promotion and family physicians: a Canadian perspective. *Patient Education and Counseling*. 1995;25:277-82.

12. Jones L. Promoting health: everybody's business? En: Katz J, Peberdy A, editores. Promoting Health: Knowledge and Practice. UK: Open University Press, Milton Keyne; 1997. 2-17.
13. Ottawa Charter for Health Promotion. Can J Pub Health. 1986;77(6):425-30.
14. Delaney FG. Nursing and health promotion: conceptual concerns. Journal of Advanced Nursing. 1994;20:828-35.
15. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. Global Health Promotion. 2009;16(2):12-20.
16. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18:59-82.
17. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013;15(3):398-405.
18. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Cien Saude Colet. 2011;16(7):3061-8.
19. Halcomb EJ, Davidson PM. Is verbatim transcription of interview data always necessary? Appl Nurs Res. 2006;19:38-42.
20. Semfyc. Programa de comunicación y salud de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria [Internet]. [Citado 2014 Nov 11]. Disponible en: <http://www.comunicacionysalud.es>
21. Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. Atención Primaria. 2007;39(6):285-8.
22. Montero J, Rojas MP, Castel J, Muñoz M, Brunner A, Sáez Y, Scharager J. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2009;137(12):1561-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009001200003&script=sci_arttext&tlng=e
23. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. Can Meds-Family Medicine. A new competency framework for family medicine education and practice in Canada. Working group on curriculum review. CFPC [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.primary-care.ch/pdf_f/2010/2010-09/2010-09-023.PDF
24. Harvey BJ, Moloughney BW, Iglar KT. Identifying public health competencies relevant to family medicine. Am J Prev Med. 2011;41(4 Suppl 3):S251-5.
25. Redwood-Campbell L, Pakes B, Rouleau K, MacDonald CJ, Arya N, Purkey E, et al. Developing a curriculum framework for global health in family medicine: emerging principles, competencies, and educational approaches. BMC Med Educ [Internet]. 2011;11:46. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/46>
26. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman Catholic J, Igor Svab I, Ram Maastricht P, et al. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition [Internet]. Disponible en: <http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/Definitio-n3rdEd2011WithRevisedWoncaTree.pdf?PageID=12617&ContentType=WoncaEastMediterraneanRegionalConference2011>
27. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011. [Citado 2012 Marzo 6]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_med_enf_familia/indice_p.htm
28. World Health Organization. Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 2009.
29. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Castillo Frómata M, Rubán Alfaro MA. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. Revista Medisan [Internet]. 2013;17(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san161713.htm
30. Dickfos M, King D, Parekh S, Boyle FM, Vandelanotte C. General practitioners' perceptions of and involvement in health behavior change: can computer-tailored interventions help? Prim Health Care Res Dev. 2014;13:1-6.
31. WHO. Areas of work: The 8th Global Conference on Health Promotion 2013 June 10-14. Helsinki, Finland [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/areas/en/>
32. Peckham S, Hann A, Boyce T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Qual Prim Care. 2011;19(5):317-23.
33. Geense WW, Van de Glind IM, Visscher TL, van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. BMC Fam Pract [Internet]. 2013;14:20. doi: 10.1186/1471-2296-14-20. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/1204/>
34. Bonal Ruiz R, et al. Diseño de Diplomado de Promoción de Salud Clínica dirigido a médicos/as de familia. Convención internacional de salud 2012 [Internet]. Disponible en: <http://www.convencionosalud2012.sld.cu/index.php/convencionosalud/2012/paper/viewFile/1111/447>
35. Bonal Ruiz R. Alfabetización de salud y promoción de salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. Revista MEDISAN [Internet]. 2013;17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016
36. Bonal Ruiz R, et al. Coaching de salud un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN [Internet]. 2012;16(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san14512.htm
37. Bonal Ruiz R. Niveles conceptuales de promoción de salud para su enseñanza en medicina familiar. III Congreso Regional de Medicina Familiar WONCA Iberoamericana - CIMF X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud [Internet]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/617/399>