

Competencias para la promoción de salud en dos programas de medicina familiar.

Silvia Martínez Calvo⁽¹⁾, Hilda Santos Padrón⁽²⁾, Luis Bello Remón⁽³⁾

Resumen

Los programas de formación del Médico Familiar en Cuba (1989) y en el estado de Tabasco, México (2003), en respuesta al perfil profesional y futuro desempeño del egresado, incluyeron conocimientos y modos de actuación relacionados con la promoción de la salud, uno de las estrategias que sustentan a los respectivos sistemas de salud. **Objetivo:** Este trabajo es describir las competencias que para realizar actividades de promoción de salud, adquieren los residentes al incorporarse a esos programas de especialización. **Material y método:** Se revisaron los contenidos de los programas y planes de estudio pertinentes al médico familiar y los hallazgos de sendas investigaciones realizadas en Cuba y Tabasco, México relacionadas con el tema. Ambos programas se ejecutaban en la edición de 2003 y las investigaciones en 2004 y 2006 respectivamente. **Resultados:** Se destacó la tendencia del especialista en priorizar las competencias relacionadas con la educación para la salud, con cierto abandono de las actividades verdaderamente promocionales que están establecidas y aceptadas. **Conclusiones:** Aunque ha transcurrido casi un decenio de la ejecución de la investigación, el desempeño actual de los egresados, aún requiere una renovación de sus competencias para responder a los actuales políticas promocionales desarrolladas a nivel mundial.

Palabras claves: Medicina familiar, promoción de la salud, competencias profesionales, programas de formación.
(Fuente: DeCS, BIREME)

Summary

When designing training programs in Cuba Family Physician in 1989 and in the state of Tabasco, Mexico in 2003, in accordance with their qualifications and future performance, included knowledge and modes of action related to health promotion. In both models, with marked differences in application time, the skills of professionals in charge, have been assessments and it should respond to the principles underpinning the respective health systems. The aim of this paper is to describe the competencies for health promotion activities, that it's acquired by residents with these Programs. As a methodology, we reviewed the contents of the programs and curricula relevant to family medical findings paths and research in Cuba and Tabasco, Mexico related to the topic. Both programs ran on the 2003 and the investigations in 2004 and 2006 respectively. Among the findings highlighted the trend of prioritizing specialist skills related to health education, with some truly abandoning promotional activities are established and accepted. We conclude that although the health strategy in both territories rely on assumptions related to health promotion, requires a renewal of the skills of these professionals to respond to the current promotional policies developed globally.

Key words: Family practice, health promotion, competencies, training programs. (Source: MeSH, NML)

(1) Profesora Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

(2) Profesora. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

(3) Vicedecano. Facultad de Medicina "Manuel Fajardo".

Universidad de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba

ARTÍCULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 23 de septiembre de 2013 Fecha de aceptación: 25 de enero de 2014

Dirección para recibir correspondencia

División Académica de Ciencias de la Salud
Av. Gregorio Méndez No. 2838-A. Col. Tamulté. C.P. 86150 Villahermosa, Tabasco, México.

Introducción

Al diseñarse los programas de especialización del Médico Familiar en Cuba y en México, en correspondencia con su perfil profesional y futuro desempeño, era de esperar que se incluyeran conocimientos y habilidades relacionados con la promoción de la salud, como respuesta al Modelo de Atención que se desarrollaba en ambos países y en cuyas instituciones prestadoras de servicios, debían ubicarse. Se han realizado valoraciones enfocadas a las competencias que los médicos familiares debían desarrollar para responder a las estrategias de promoción que se establecieron en los respectivos modelos de atención y que, por supuesto, debían estar incluidas tanto en el programa de Medicina Familiar en Cuba, como en el programa mexicano al ejecutarse la edición convenida en 2004 con la Secretaría de Salud en el Estado de Tabasco.

El desarrollo institucional para la gestión de los recursos humanos, es una de las principales variables para un adecuado desempeño de los sistemas de salud. (1). En este sentido, las competencias del personal, constituyen elemento imprescindible para lograr resultados exitosos. En el organismo internacional que promueve este enfoque, "se reconocen las competencias como una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos". (2) En el ámbito académico cubano, se ha definido la competencia como: "la capacidad del trabajador para utilizar el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, –desarrollados a través de los procesos educacionales y la experiencia laboral–, para la identificación y solución de los problemas que enfrenta en su desempeño en un área determinada de trabajo". (3)

Con estas premisas y el trabajo directo de los autores tanto en el diseño y ejecución del programa de Cuba, como en el control de las actividades de los servicios de salud relacionadas con la Medicina Familiar en ambos países, se realizó la investigación que se presenta y cuyo objetivo es: describir las competencias que para realizar actividades de promoción de salud, durante su desempeño como médicos familiares, adquieren los residentes al incorporarse a los programas de

especialización que se ejecutan en Cuba y en el estado de Tabasco, México en el período estudiado.

Metodología

Se realizó una investigación documental orientada a la revisión y análisis de contenido de:

1. Los dos programas de especialización que se escogieron para identificar las competencias del egresado, relacionadas con actividades de promoción de salud:
 - Programa de Medicina General Integral (MGI), diseñado en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. (4)
 - Programa de Medicina Familiar, diseñado en la Universidad Nacional Autónoma de México. (5)
2. Los resultados de una investigación descriptiva transversal realizada entre los años 2003-2004 en un área de salud urbana en Cuba, sobre la identificación de las competencias del especialista de Medicina General Integral, para realizar actividades de promoción de salud. (6)
3. Los hallazgos de una Consultoría al Modelo de Atención de Salud que se desarrolló en Tabasco, México durante el período 2004-2006 y que priorizaba en una de sus estrategias la promoción de salud y prevención de enfermedades, mediante el desempeño de los médicos familiares. (7)

Seguidamente se presentan los resultados de la revisión, según los diferentes documentos consultados.

Resultados

1. Resultados relacionados con las competencias incluidas en los programas.

Por supuesto, no se transcribirá todo el contenido de los programas, solamente los aspectos que se consideraron relevantes y relacionados con las competencias y los conocimientos que sobre promoción de salud, debía adquirir el residente para su posterior desempeño, sintetizados en el programa de cada país.

Cuadro A
Comparación de estructura y contenidos de los programas de Medicina Familiar en los dos países.

Programa	Inicio	Estructura	Perfil	Funciones	Principios pedagógicos	Formas de organización docente	Escenarios de formación	Contenidos de PS
Universidad de Ciencias Médicas. Cuba	1989 Renovado en 2004	2 años (48 semanas x año) 29 módulos	Político-ideológico Profesional Ocupacional	Atención Médica Integral Docente-educativa Administración Investigación Especiales Rectora: APS	Educación en el trabajo. Enseñanza problemática	Educación en el trabajo. Actividades académicas: talleres, seminarios, discusiones grupales, etc	Policlínicos, hospitales generales y especializados Hogares maternos y Centros de Higiene y Epidemiología	Módulos: "Modo de vida y promoción de salud" (2 semanas), "ASIS y Salud Comunitaria (3 semanas) Todos en 1er año
Universidad Nacional Autónoma de México	1974 Renovado en 1994 y 2009	3 años (ciclos lectivos anuales con 4 actividades académicas)	Orientación profesional humanista Formación intelectual Desempeño operativo	Atención Médica Educativa Investigativa	Modelo de solución de problemas	Ciclos lectivos: trabajos y seminarios.	Clínicas Unidades de Medicina Familiar o centros de salud Hospitales	Seminario: "Salud Pública y Comunitaria I" (1er año), "Salud Pública y Comunitaria II (2do año)

A) Programa Medicina General Integral (MGI). Universidad de Ciencias Médicas. Cuba

El modelo de Medicina Familiar en Cuba, con la denominación de Medicina General Integral, se estableció en el sistema nacional de salud en 1984, con la elaboración del "Programa de trabajo del Médico y enfermera de la familia", sin que existieran antecedentes de esa especialidad. Este programa de trabajo fue desarrollado por los 10 primeros médicos de familia seleccionados como pioneros y posteriormente (1986) diseminado al resto del país. En el año 1989 -después de casi tres años de intenso trabajo de diseño- se elabora el programa académico para la Medicina General Integral, con una duración de tres años, que se redujeron a dos años en 2004, al reorientarse la formación especializada en el país.

Estructura del Programa: en el Programa, cada año académico se planifica para 48 semanas, de ellas 45 se dedican a desarrollar el Programa Docente y 3 a la preparación y realización de los exámenes de promoción. La estructura es modular con 29 módulos, de los cuales 25 se desarrollan en unidades de APS y 4 en hospitales. Además, se incluyen 3 cursos, 3 rotaciones y una estancia de Medicina Natural y Tradicional.

Perfil. Este modelo de especialista reproduce las tres funciones establecidas para todos los especialistas nacionales: político-ideológico, profesional y ocupacional. Las funciones definidas son cinco: Atención Médica Integral, Docente-Educativa, Administración, Investigación y Especiales y la función rectora es la de Atención Médica Integral.

Principios científico-pedagógicos para la formación del Especialista en M.G.I. La formación se desarrolla fundamentalmente en las actividades de educación en el trabajo con la presencia de profesores. Se debe aplicar el método problémico y estrategias que desarrollen los procesos lógicos del pensamiento, así como el carácter original y creador, al igual que el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones.

Principales formas de organización de la enseñanza. Educación en el trabajo y actividades académicas: taller, seminario, revisión bibliográfica, discusión de problema de salud, conferencia.

Escenarios de formación. Policlínicos, instituciones Sociales, hogares maternos, hospitales Rurales, centros de Salud Mental, centros de Medicina Natural y Tradicional, centros de Higiene y Epidemiología, Hospitales Clínico Quirúrgico y especializados en Pediatría y Ginecología, todos debidamente acreditados para el programa.

Competencias: en las competencias se integran los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales, están son consideradas imprescindibles para desarrollar una práctica profesional de calidad, deben ser adquiridas durante la educación en el trabajo del consultorio médico y las rotaciones por otros niveles e instituciones del Sistema de Salud.

1. Ejecutar técnicas de comunicación social como: entrevista, charla educativa, dinámica de grupo e intervención familiar.

2. Planificar, ejecutar y evaluar las acciones de salud derivadas del análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial.
3. Brindar atención médica integral a individuos, familias, grupos, colectivos y comunidad mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico-tratamiento y rehabilitación.

Contenidos de Promoción de Salud. Los contenidos de promoción de salud, se incluyen en un Módulo 1 denominado "Modo y estilo de vida. Actividades de promoción de salud. Educación para la salud" con 2 semanas y 88 horas lectivas y el módulo 2 "Análisis de situación de salud. Comunidad. Salud comunitaria", con 3 semanas y 132 horas lectivas, ambos durante el primer año del programa en el Área I (APS y Medicina Familiar).

El objetivo del módulo 1 es: planificar y ejecutar actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud, que permitan eliminar o modificar los factores que limitan el modo de vida sano; seleccionar, aplicar y evaluar las técnicas y medios apropiados para ello y establecer una comunicación efectiva médico-paciente, médico-familia y médico-comunidad.

El objetivo del módulo 2: Realizar el diagnóstico y análisis de la situación de salud, determinar prioridades, realizar el plan de acción conjuntamente con los miembros de la comunidad, así como evaluar los resultados, tomando en cuenta los objetivos propuestos en el período anterior.

Las actividades consideradas básicas para el desempeño con relación a la promoción de la salud, fueron las siguientes:

- Explicar los fundamentos teóricos sobre promoción de salud.
- Incorporar al diagnóstico de salud los indicadores relacionados con la promoción.
- Incluir los indicadores de promoción en el diagnóstico de la situación de salud de los grupos y colectivos.
- Planificar y ejecutar actividades de promoción de salud.

B) Programa Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ante la necesidad de formar médicos especialistas en medicina familiar, el IMSS elaboró un programa educacional que inició en 1971 con treinta y dos alumnos, bajo la forma de residencia médica, en el D.F. El programa se desarrolló originalmente en una sede y tuvo una duración de dos años; con el tiempo el programa se ha extendido y modificado. En 1974, la Facultad de Medicina de la UNAM llevó a la

medicina familiar a la categoría de especialidad, al otorgarle el reconocimiento universitario al programa respectivo.

Como en el programa de Cuba, en toda práctica médica de alto nivel de calidad, en el programa se distinguieron las tres funciones profesionales sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. En idéntica posición, la función de atención médica comprende: el conjunto de actividades que, a través de medios directos e indirectos sobre las personas, promueven la salud y permiten la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

La duración del curso de medicina familiar es de tres años y no se requiere acreditar estudios previos de otra especialidad médica.

Organización Didáctica: El plan de estudios se organiza en ciclos lectivos anuales y está conformado por cuatro actividades académicas (un trabajo y tres seminarios) en torno a la función profesional sustantiva: la atención médica, origen y razón de ser de las funciones de investigación y educativa; que, acorde con los propósitos de enseñanza, merecen menor profundización.

Perfil: el perfil comprende tres vertientes de logros educativos que se esperan como efectos del proceso de educación formal; esto es: la orientación profesional humanista (el ser), la formación intelectual (el saber) y el desempeño operativo del especialista médico (el saber hacer). A través de una práctica médica sustentada en una metodología educativa centrada en la solución de problemas, se propone lograr que el egresado sea un médico especialista altamente competente en su ámbito específico de acción para:

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiados a las circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción.
- Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- Participar en el desarrollo de proyectos de investigación médica orientados hacia la solución de problemas significativos de su especialidad.
- Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinario del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación

con el trabajo de los demás profesionales del área.

- Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales, así como en la difusión del conocimiento médico a sus pares y a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- Interpretar el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social, tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.
- Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad biopsíquica del individuo en su interacción constante con el entorno social.
- Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico.

Unidades Médicas Sedes: clínicas, unidades de medicina familiar o centros de salud y hospitales.

Competencias: en cuanto a competencias, en el documento revisado se consigna: "cabe comentar que ya se ha iniciado un programa de formación docente con la realización de diversos cursos-taller relativos, entre otros temas, al aprendizaje de la medicina basado en la solución de problemas, a la evaluación de la competencia clínica estructurada objetivamente, al análisis y diseño curricular en medicina, y al diseño de estrategias docentes en educación médica". (5)

Contenidos de Promoción de Salud. Con la denominación de Promoción de Salud aparece un contenido en el Seminario Salud Pública y Comunitaria I: "Actividades de promoción de la salud y protección específica en el consultorio, la familia y la comunidad", a desarrollar durante el primer año y en el Seminario Salud Pública y Comunitaria II, a desarrollar en el segundo año, se transcribe otro contenido relacionado indirectamente con la promoción de salud: "Estrategias para el estudio de la comunidad". No se detallan en el programa general, las actividades de aprendizaje relacionadas con la promoción de salud, aunque probablemente, en los programas de asignaturas y seminarios se describan con amplitud. No obstante del listado de actividades de aprendizaje se extrajeron las siguientes:

- Analizar críticamente con sus colegas y profesores, en el momento mismo de la prestación de la atención y en las sesiones médicas propias de los servicios, los problemas de salud que se atienden.
- Participar activamente en la presentación y discusión de la información atinente a los problemas de atención, investigación y educación médicas.

De este programa de Medicina Familiar de la UNAM se realizó una edición mediante Convenio con la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco durante los años 2003-2006. Esta variante fue muy apreciada por los directivos y los profesionales incorporados, pues permitió superarse sin abandonar su labor en los servicios. Los profesores provenían del propio estado y además, se contrataron tutores de la UNAM para desarrollar el mismo programa del centro sede.

Ese hecho constituyó el incentivo, para incluir en esta investigación algunos resultados de una Consultoría realizada por dos de los autores a la Secretaría de Salud de ese Estado, durante 2006, para observar el cumplimiento de las actividades correspondientes a la estrategia de promoción y prevención incluidas en el Modelo de Atención y que se ejecutaba en ese período. A continuación se describen esos resultados.

2. Resultados de una investigación enfocada a las competencias del médico familiar en promoción de salud.

Entre los años 2003-2004 se realizó una investigación descriptiva transversal en un área de salud urbana en la capital de Cuba, para identificar las competencias del especialista de Medicina General Integral para realizar actividades de promoción de salud (6). El universo lo conformaron los 17 especialistas, con más de 3 años de permanencia en los consultorios del área. La población atendida por estos especialistas estudiados es de 11, 224 habitantes distribuidos en un área de 1,6 Kms²

De los resultados obtenidos, seleccionamos para nuestra investigación los que se vincularon con:

- Las actividades de promoción de salud que desarrollaron los médicos familiares.
- La pertinencia de las actividades de promoción de salud, para solucionar los problemas que se identificaron y consignaron en los informes del Análisis de la Situación de Salud que realizaron esos médicos familiares.

Para la obtención de información, se les realizó a los especialistas una entrevista a profundidad con guión estructurado y esta técnica proporcionó obtener un alto nivel de precisión individual de cada respuesta. Su contenido fue previamente analizado por cinco expertos. Se clasificó la concepción del concepto de promoción de salud en tres niveles: amplio, medio y estrecho, pero nos ceñiremos a valorar todo lo concerniente a los profesionales que demostraron una concepción amplia sobre la promoción de salud.

¿Que se consideró amplio?. Los que incluyeron en su concepción elementos tales como: Mejorar la calidad de vida y las condiciones de vida, proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud, Facilitar a la población ejercer un mayor control sobre su salud y satisfacer las necesidades.

De los 17 especialistas entrevistados, 6 (35.2%), mostraron poseer ese criterio amplio sobre la promoción de la salud y:

- Afirmaron realizar actividades de PS, dirigidas específicamente a un problema de salud identificado. La mayoría expresó realizar estas actividades de forma general dirigida a sanos y enfermos e involucran a otros sectores para mejorar la calidad de vida de su población
- Utilizan técnicas grupales tales como: discusión de grupo, dinámicas familiares, charlas educativas, terapia de grupo y grupos focales.
- Registran en el informe del Análisis de situación de salud (ASIS) los problemas de salud identificados y las actividades de promoción de salud para cada problema. La generalidad de los especialistas refiere registrarlas en el plan de acción.
- Identifican los problemas de salud y las actividades de promoción con participación comunitaria e intersectorial. Sus Planes de Acción se conforman y aprueban con la comunidad e incluyen actividades concretas de promoción de salud para cada problema.

Finalmente, se destacó la tendencia de estos especialistas en priorizar las competencias relacionadas con la educación para la salud, con cierto abandono de las actividades verdaderamente promocionales que están establecidas y aceptadas.

3. Resultados relacionados con la Consultoría en Tabasco

Para atender a los 2 millones y medio de habitantes del Estado de Tabasco, México, durante la etapa 2003-2006, se diseñó y ejecutó en la Secretaría de Salud un Modelo de Atención conformado por ocho estrategias, una de las cuales se enfocaba a la promoción y la prevención. En esa estrategia se enfatizaba que, a los profesionales dedicados a la Salud Pública y la Medicina Familiar, les correspondía asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud, por tanto, esta estrategia debía adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades del territorio, con el objetivo de favorecer las condiciones que promovieran la salud.

En la estructura organizativa para desarrollar el Modelo, en el primer nivel de atención se ubicaban los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), cuyo personal tenía el propósito bien definido de reducir o eliminar -cuando fuera posible- los problemas de salud de mayor impacto en la población. Ese personal se organizó en equipos de salud básicos, conformados por un médico y una enfermera y además, en respuesta a las necesidades locales, se disponía de un equipo de salud de apoyo con personal adicional de enfermería, odontología, nutrición y veterinaria.

Consultoría. En el año 2006 -dos años después de establecido el Modelo de Atención- se solicitó una Consultoría para verificar la aplicación de los procedimientos y actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades, para lo cual se realizó un ejercicio evaluativo, con un enfoque básicamente cualitativo. Entre los participantes se encontraban varios de los profesionales que, en ese momento, realizaban la especialidad de Medicina Familiar en el convenio con la UNAM. (7)

Resultados en las principales acciones de promoción de salud:

1. Educación para la salud a la población, en particular a los grupos prioritarios. La capacitación a niños, jóvenes, adultos mayores y mujeres embarazadas, entre otros y en su medio ambiente natural, les ha permitido elevar su nivel de conocimientos en salud, reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la fijación de prioridades y crear los grupos de autoayuda para el control de enfermedades como la diabetes, uno de los principales problemas de salud en el Estado.

2. Coordinaciones Intersectoriales. La coordinación con las instituciones que tienen corresponsabilidad con la población, destacó la utilidad efectiva y sistemática del vínculo con los Ayuntamientos locales e incluso de entidades estatales, para capacitar a la comunidad y obtener recursos. Se destaca la participación de la Dirección de Seguridad Pública, Dirección General de Tránsito y la Secretaría de Educación, en el trabajo conjunto con programas de relevante importancia en la promoción y prevención de los accidentes y suicidios. Asimismo se reconoció la experiencia de trabajo comunitario con una radio local.

3. Participación Comunitaria. Se conformaron los grupos o clubes de pares o iguales, para desarrollar acciones de salud, individuales y colectivas. Con el Comité de Salud -expresión superior del empoderamiento de la comunidad- se obtuvieron experiencias que denotaron sus potencialidades, en

particular, en los Centros de Salud Comunitarios y los CAAPS de la periferia.

4. Capacitación a grupos prioritarios: niños, jóvenes, adultos mayores, mujeres y embarazadas, reforzó las acciones de promoción dirigidas a conservar su salud.

Se comprobó que la participación de los profesionales que realizaban la especialidad, en el momento de la Consultoría, había sido de mucho valor para obtener estos resultados y en ese sentido, se recomendó "mantener y aumentar la capacitación médica continua al personal que presta servicios a nivel local, especialmente referidos a la promoción de salud y prevención de enfermedades".

Con independencia de estos logros, se detectaron debilidades e insuficiencias como:

- Las acciones de promoción de salud y las actividades para la prevención de enfermedades, parecen derivarse en gran medida de las incluidas en los programas que se controlan por la Dirección de Programas Preventivos de la Secretaría de Salud del Estado, más que en las iniciativas del personal de salud y la propia población, para resolver necesidades y problemas de salud locales.

- Los compromisos al interior de las unidades de salud, para desarrollar actividades con la participación comunitaria, se ven muy afectados tanto en su estructura como en su funcionamiento y pareciera que no están haciendo la contribución que corresponde a la toma de decisiones y el comité de gestión pudiera estar atravesando un proceso similar.

Discusión

Han transcurrido varias décadas, desde la utilización del término competencia, de uso frecuente en la formación profesional en el sector de la salud. Algunos investigadores hasta elaboran y argumentan propuestas doctrinales, vinculadas a la naturaleza y aplicabilidad en el ámbito educacional de las competencias profesionales (8). Como se expuso en la Introducción de este trabajo, se asumió la definición que se ofrece por los expertos del Ministerio de Salud Pública de Cuba, que reconocen la competencia como una "capacidad" pero además y ya en el plano de la práctica, también suscribimos el criterio de que: "Lo esencial no es el conjunto de capacidades que el trabajador ha creado en sus procesos formativos y a través de su experiencia laboral, sino cómo las aplica a diario en la identificación y solución de los principales problemas que enfrenta en su quehacer profesional. Así tenemos que, poseer capacidades

no significa ser competente".(3). No es menos cierto que para esa aplicación competente se requiere de un conocimiento teórico que la facilite y, para ello, el diseño curricular deberá propiciar conocimientos y facilitar el adiestramiento adecuado, además del compromiso del profesor en el logro de los objetivos.

A pesar de este reconocimiento, una muestra de las falencias en los diseños curriculares se detectó en una reciente investigación sobre el plan de estudio de la carrera de Medicina en Cuba, al concluirse que "la Promoción de la Salud está presente de forma explícita en las funciones y objetivos generales, pero no fue así en las habilidades generales ni en los programas de asignaturas debido a la falta de definición de la habilidad promover salud y la inadecuada estructuración lógica de esa materia" (9).

En ese sentido, la distancia entre el "decir" y el "hacer" o mejor aún "saber hacer", continúa como una barrera para algunos infranqueable, al estar casi totalmente vinculada al desempeño profesoral competente y las posibilidades de encontrar "modelos de resultados exitosos" al aplicarse políticas y estrategias de promoción de salud. Enfatizamos que esos modelos, no deben confundirse con los resultados de las frecuentes intervenciones estratégicas en grupo seleccionados o en espacios de "pilotajes"; nos referimos a modelos de respuestas macro, que garanticen cumplir con los postulados que establece la promoción de salud.

Consideramos que la adquisición de competencias profesionales para desarrollar actividades de promoción de salud, representan un elemento imprescindible en cualquier proceso formativo relacionado con la Salud Pública y la Medicina aunque, como se detectó en el documento revisado sobre el programa de México, no siempre se precise cuál o cuáles serían las competencias en general, ni las referidas a la promoción de la salud en esa especialidad. (5). En el programa cubano se estableció que las competencias "deben ser adquiridas durante la educación en el trabajo del consultorio médico y las rotaciones por otros niveles e instituciones del Sistema de Salud" (4) y, al menos, en los resultados de la investigación que se incluyó en este trabajo, se comprobó que los médicos familiares con amplio criterio sobre promoción de salud, aunque en número reducido, desarrollaron esas competencias, en esa área de salud. Fue novedoso, en esa investigación, establecer un vínculo entre los problemas de salud que identifican los médicos familiares en su comunidad y las acciones de promoción que refieren realizar para enfrentar cada problema, incluidas la participación de los actores sociales y el uso de las técnicas grupales como instrumento de obtención

de información y posibilidad de participación de la población.

Las respuestas de los médicos familiares encuestados en Cuba, como los resultados de la Consultoría sobre la estrategia de promoción y prevención del Modelo de Atención en Tabasco, mostraron la diferencia entre el enfoque conceptual (competencia teórica) y la ejecución de las acciones de promoción de salud (competencia práctica), casi siempre entrecruzadas con las actividades de Educación para la Salud, utilizadas hasta para desarrollar el trabajo intersectorial y la participación comunitaria. El establecimiento de compromisos firmes y la seguridad de su cumplimiento, serían la base del trabajo intersectorial y la participación comunitaria, más que, realizar rutinariamente un elevado número de técnicas educativas por el personal de salud. A nuestro juicio, esa confusión inamovible se origina en la intención de cumplir las metas de los programas de control contra riesgos y daños, que estimula la realización de actividades educativas.

Conclusiones

No existen dudas, sobre la multiplicidad de factores que inciden para el buen desempeño de los servicios de salud en la solución de los problemas que afectan a la población, pero la elevación de las competencias del personal son imprescindibles y, aunque los modelos de atención y sus estrategias en ambos países, descansan en presupuestos vinculados con la APS y la promoción de la salud, se requiere la formulación precisa en un caso y la renovación en el otro de esas competencias, para responder a los actuales políticas promocionales desarrolladas a nivel mundial.

Aunque ha transcurrido casi un decenio de la ejecución de la investigación, el desempeño actual de los egresados, aún requiere una renovación de sus competencias para responder a los actuales políticas promocionales desarrolladas a nivel mundial.

Mientras no se reconozca con hechos que la promoción de salud es una responsabilidad de políticos y gobernantes y no una tarea exclusiva del sector salud, los diseñadores y ejecutores de los programas formativos de Salud Pública y, particularmente, de Medicina Familiar permanecerán enfocados a cumplir su encargo social, al desarrollar y elevar las competencias de los profesionales cuyo quehacer se vincula directamente a la comunidad y sus grupos, en afán de contribuir a la solución de sus problemas de salud.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Progreso de las actividades de reforma del sector salud. CD39/13. 39ª Reunión del Consejo Directivo, Washington, D.C.: OPS; 1996.
2. Irigoien M y Vargas F. Competencia Laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud. Edit. OPS/OMS-CINTERFOR; 2002.
3. Salas Perea RS. Los procesos formativos, la competencia profesional y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2012 Dic 12]; 26(2): 163-165. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86421412012000200001&lng=es.
4. Ministerio de Salud Pública. Área de Docencia e Investigaciones. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Vicerrectoría de Desarrollo. Plan de Estudios Especialidad en Medicina General Integral; 2004.
5. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado e Investigación. Subdivisión de Especializaciones Médicas. Plan Único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar; 2009.
6. Bello Remón LE. La Promoción de Salud en el Análisis de la Situación de Salud. Policlínico Luis Pasteur Municipio 10 de Octubre 2003 [Tesis] Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba; 2004.
7. Martínez Calvo S y Santos Padrón H. Las Estrategias de Promoción y Prevención en el Modelo Integral de Atención de Salud. Trienio 2003-2006. Tabasco, México. Global Health Promotion. 2012 June; 19 (2): 181 - 189.
8. Vicedo Tomey A. Cinco propuestas doctrinales en relación con la formación por competencias. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Dic 12]; 25(3): 361-371. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21412011000300014&lng=es
9. Pupo Avila NL y Hechavarría Toledo S. La promoción de salud en el plan de estudio de la carrera de Medicina en Cuba. Educación Médica Superior. 2012;26(4): 576-586