



Actividades profesionales confiables en promoción de salud en la medicina general integral.

Entrustable professional activities in health promotion in general comprehensive medicine.

Rolando Bonal Ruiz¹, Mercedes Marzán Delis².

1. Especialista de Segundo Grado en MGI, profesor auxiliar. Policlínico "Ramón López Peña".
2. Especialista de Segundo Grado en MGI, instructora. Unidad Provincial de Promoción y Prevención de Enfermedades. Santiago de Cuba. Cuba.

Correspondencia: rolandobonal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Antecedentes: La "actividad profesional confiable" es un concepto emergente en la educación médica contemporánea basada en competencias

Objetivo: identificar las actividades profesionales confiables en promoción de salud en especialistas de medicina general integral MGI

Método: se usó el método de consenso RAND/UCLA, se seleccionaron 9 especialistas de MGI que satisficieran los criterios de inclusión, se hizo reunión previa donde se explicaron conceptos y tendencias de la PdS en la MGI, luego se enviaron por correo electrónico a cada experto un listado de actividades de promoción de salud basadas en evidencias, los expertos debían seleccionar cuál de ellas era más apropiada para ser confiable y puntuarla en una escala de 1 al 9, se convocó a una reunión donde se devolvió a los participantes los resultados de votación, se hizo una discusión grupal para seleccionar la actividad más apropiada según los niveles de intervención

Resultados: se identificaron 4 APROC apropiadas, una por cada nivel o áreas de intervención: realización en lo personal (consejería conductual), en lo grupal-familiar (Consultas Grupales), comunitario (Consejo Comunitario de Salud), en lo social (abordaje de los determinantes sociales de salud). Por último se redactaron las metodologías para llevar a cabo cada APROC identificada

Conclusiones: Las APROC identificadas están basadas en evidencias científicas de efectividad, llenan un vacío en la relación competencias – prácticas de desempeño en la formación del

residente de MGI, son útiles no solo en la educación en el trabajo, sino para llevar a cabo con más eficacia el programa de trabajo del MGI

Palabras claves: competencias, plan de estudio, confiabilidad, medicina familiar y comunitaria, Educación en el trabajo.

ABSTRACT

Objective: to identify the entrustable professional activities in health promotion (HP) in specialists of general general medicine (family medicine).

Method: the RAND / UCLA consensus method was used, 9 family physicians specialists were selected that met the inclusion criteria, a previous meeting was held where concepts and trends of the HP in the family medicine were explained, then sent by email to each expert a list of health promotion activities based on evidence, experts had to select which of them was most appropriate to be reliable and score it on a scale of 1 to 9, after processing the result, a meeting was convened where returned the voting results to the participants, a group discussion was held to select the most appropriate activity according to the intervention levels

Results: 4 appropriate EPA were identified, one for each level or areas of intervention: personal (behavioral counseling), group-family (Group visits), community (Community Health Council), social (tackle to the social determinants of health). Finally, the methodologies for carrying out each identified EPA were drafted.

Conclusions: The EPA identified are based on scientific evidence of effectiveness, fill a gap in the relationship skills - performance practices in the training of the family medicine resident, are useful not only in education at work, but to carry out with more effectiveness of the cuban family medicine work program

Key words: competency, curriculum, entrustable, family medicine, work place assessment.

INTRODUCCIÓN

La educación médica basada en competencias ¹ (EMBC) sobre todo la educación médica posgraduada basada en competencias² se viene adoptando en todo el mundo con el objetivo de satisfacer las expectativas de los formadores y la de la población que es la de obtener y tener médicos altamente competentes. En Cuba se trabaja en este enfoque desde hace varios años³, se ha identificado que es una urgente necesidad que los programas de especialización están basados en competencias⁴ y hasta se ha formado un grupo cubano de educación basada en competencias⁵. Para desarrollar un programa de una especialidad basado en competencias no es suficiente que tenga al principio del programa un grupo de competencias, es necesario tener otros elementos optimizadores para que sea efectivo el enfoque.⁶

La EMBC ha tenido muchos defensores y detractores, se ha dicho que los críticos tienen reservas legítimas para criticarla⁷ y entre esas críticas se señalan que existen múltiples significados de

competencias y a veces se percibe una investigación o programa que no define a que enfoque o significado de competencia se adhiere. En Cuba se han definido las competencias como: *"el sistema de conocimientos, procedimientos, actitudes y valores que se ponen en funcionamiento en el desempeño, en un contexto laboral determinado, que constituyen resultados concretos de trabajo y donde intervienen capacidades intelectuales que son expresadas en: saber, saber hacer, saber estar y saber ser para saber actuar en la solución de problemas de su práctica profesional"*⁵ Otras críticas se han enfocado en que tienen un enfoque reduccionista, arraigada en el conductismo ⁸ ; que el propósito de la competencia nunca puede describir el comportamiento humano que es tan complejo y reducirla a una acción compleja⁶, que son difíciles de medir , que son prescriptivas, de arriba abajo y no proporcionan el marco para la evaluación educativa objetiva que pretende proporcionar. ⁸

No obstante los defensores del enfoque de la formación/educación basada en competencias insisten en su desarrollo implementándola de una forma adecuada

Por otra parte se les critica que las competencias en ocasiones son abstractas, confusas, retóricas - a pesar de las habilidades descritas-, poco aplicables y que depende su aplicación de factores externos ajenos a la capacitación^{9, 10}

Otras veces se confunden las habilidades con competencias y cuando se mencionan en algunos programas de especialización las competencias, éstas se describen como competencias laborales y/o funciones del especialista, en vez de mencionarse las competencias académicas

Otras veces se mencionan las competencias con un solo enunciado de frase, mientras que algunos autores defienden que se establezcan como conocimientos, habilidades, actitudes, valores, otros autores refieren que *"Si se les pregunta en qué se diferencian las competencias de los conocimiento-habilidades-actitudes (KSA por sus siglas en inglés), muchos consideran que las competencias están "más integradas" que las KSA"* ^{11,12}

Se les señala también que resultan en la práctica como un llenado de formularios y listas de verificación (en la tarjeta del residente) devaluando el papel de los educadores a simples burócratas en vez de evaluarse el resultado de la capacitación en preparación para la práctica⁷, lo que se acerca a la concepción cubana de educación en el trabajo que privilegia el aprendizaje en el lugar de trabajo desde pregrado¹³

En nuestro medio sobre todo en la medicina familiar (medicina general integral) (MGI) hay varias críticas a la tarjeta de evaluación y a la tarjeta de habilidades a tener por el residente de MGI, Ramos Hernández y Díaz Díaz plantean que *"el sistema de evaluación de residentes de Medicina General Integral no ofrece las orientaciones necesarias para establecer las relaciones entre los conocimientos, las habilidades y valores de cada competencia profesional que se va a desarrollar en esta formación y evaluar estas"* ¹⁴ y mencionan el ejemplo de la medicina natural y tradicional, que una cosa dice el Plan de Estudios de la Residencia de Medicina General Integral *"que plantea: "El residente recibirá los conocimientos básicos necesarios que le permitan interpretar las*

bases neurobiológicas de la MNT y desarrollar habilidades mínimas para emplear la acupuntura desde el punto de vista occidental y tradicional", pero no dice que habilidad específica de esta especialidad debe haber adquirido el residente al egresar" . La misma observación hacen González Rodríguez y Cardentey García al mencionar que en el programa de residencia de MGI se imparten una serie de temas como *"Medicina Natural y Tradicional, envejecimiento y adulto mayor, urgencia-emergencia médica, dispensarización y estadio terminal, así como especificidades de familia"* pero *"las habilidades específicas para evaluar estos temas no se encuentran claramente concebidas"* en la tarjeta de habilidades para evaluarla¹⁵

Si se hubiera diseñado el plan de estudio en base a APROC (actividades rutinarias de la vida real) esta contradicción se hubiera resuelto, se hubieran correspondido los temas de estudios basados en conocimientos, habilidades, valores, actitudes (competencias) con las actividades y tareas prácticas a desarrollar en el mundo real del médico de familia

En los programas de postgrado se continúan impartiendo conceptos y temas teóricos que no se vinculan a un contenido práctico, se mantiene en un plano abstracto. Por ejemplo en la promoción de salud, se enseñan conceptos como la participación social, participación comunitaria, determinantes sociales de salud, educación grupal pero no se enlazan a una actividad o tarea que debe realizar el residente/especialista habitualmente

Hay una distancia entre lo que se enseña y lo que se evalúa en el terreno práctico; para acortar esas diferencias como novedosa tendencia dentro de la EMBC, han surgido nuevos conceptos como los hitos o peldaños (milestones) ¹⁶ y actividades profesionales confiables que "están destinados a ayudar a cerrar la brecha entre los conceptos teóricos de competencia y los aspectos prácticos de la educación, la evaluación y la práctica clínica" ¹⁷

Las actividades profesionales confiables se han definido como unidades de práctica profesional que constituyen lo que los médicos hacen en su trabajo diario , pueden considerarse como las responsabilidades o tareas que deben realizarse en la atención al paciente¹⁸

Y es importante mencionar que si bien las competencias se dirigen a personas, las APROC se dirigen a tareas que se establecen y/o deben establecerse en la práctica diaria del residente/especialista, y que están en su programa de trabajo

En el caso de la promoción de salud en la medicina familiar cubana (medicina general integral) las actividades a nivel individual, grupal, familiar y socio-comunitaria están plasmadas en el programa de trabajo del médico(a) y la enfermera(o) de familia con el paciente o usuario de atención; sin embargo existe una brecha entre lo que se enseña y lo que se practica, independientemente de los factores externos administrativos, motivacionales, actitudinales etc. Existe una gran distancia entre las competencias de promoción de salud que deben ser identificadas de abajo hacia arriba (o sea por los propios practicantes médicos de familia) acorde a patrones, estándares, tendencias internacionales, actividades basadas en evidencias científicas

de efectividad y lo que está realmente plasmado en el programa actual de especialización del residente de medicina general integral

Algunos autores como Leung ¹⁹ plantean que el EMBC se debe aplicar bien, adecuadamente pues de aplicarse incorrectamente podría acarrear “desmotivación, un enfoque en estándares mínimos aceptables, una mayor carga administrativa y una reducción en el contenido educativo”, el aplicar correctamente le EMBC implica tener en cuenta los conceptos emergentes antes abordados, como las APROC

Las APROC constituyen un puente entre el marco competencial y la práctica clínica diaria, una APROC requiere múltiples competencias que los residentes pueden aplicar de forma integrada y pueden ser evaluadas a través de escalas de confianza que determinan cuan preparado esta el residente para llevar a cabo la tarea. Existe poca literatura en español sobre la identificación de APROC en programas de postgrados y muchos menos en medicina familiar y promoción de salud, por lo que el objetivo del trabajo es identificar las actividades profesionales confiables en promoción de salud (P d S) en especialistas de medicina general integral MGI

MÉTODO

Fue usado el método de consenso RAND/UCLA o “método de uso apropiado”, (RAND/UCLA Appropriateness Method (RUAM por sus siglas en inglés) fue desarrollado por la RAND Corporation y la Universidad de California de los Ángeles, utiliza la evidencia científica y la opinión de expertos. Es una combinación del método Delphi con los grupos nominales, de ahí que se denomine un método híbrido, se ha utilizado para establecer criterios de adecuación para procedimientos quirúrgicos, médicos y de diagnóstico en diversos campos de la medicina²⁰, pero cada vez se usa con más énfasis en las investigaciones de educación médica.²¹

Para la identificación de las APROC se han usado en los últimos años, diferentes métodos de consenso, desde el método delphi^{22,23}, -incluidos en medicina familiar-^{24,25} ; el método Delphi modificado^{26,27}; método Glaser²⁸; métodos mixtos como Delphi y conferencia de consenso, uso de expertos clínicos y expertos en educación médica;²⁹ uso de delphi y panel expertos en APROC ajenos a la especialidad³⁰ ; cuestionario escala Likert entre estudiantes para que ellos seleccionaran las APROC³¹; múltiples fuentes : talleres y una encuesta nacional en línea para consultar con los directores del programa de residencia de la especialidad, al comité nacional de especialidades y expertos en educación basados en competencias³² ; uso de consenso iterativo con grupo de expertos, luego del examen de reunión nacional con profesores de la especialidad y una encuesta electrónica a los especialistas de todo el país³³; varias reuniones en un periodo de 2 años del Comité de Educación Médica de la especialidad³⁴. No se encontraron referencias de desarrollo de las APROC usando métodos RAND/UCLA.

En esta investigación se escogió pues se necesitaba identificar las intervenciones y actividades de promoción basadas en evidencias científicas de efectividad que permitieran perfeccionar el trabajo

del médico de familia y hacerlas confiables y combinarlas con la opinión de expertos, además es un método que ofrece ventajas sobre otros métodos de consenso pues *"el nivel de confidencialidad es adecuado: el experto no se verá presionado por otros miembros del panel ya que el anonimato se mantiene en las dos rondas. La metodología es reproducible. Los resultados además, pueden aplicarse no solo en la evaluación de la práctica médica, sino también en el desarrollo de guías de práctica... Ayuda a poner en evidencia la existencia de áreas de incertidumbre y discrepancia, por lo que colabora en promover la investigación"*³⁵. Además "los resultados de diversos estudios metodológicos y de resultados respaldan la confiabilidad, la consistencia interna y la validez clínica de éste método"²⁰

El método RAND /UCLA consiste en un proceso estructurado e iterativo de rondas de calificaciones individuales (independientes y anónimas) y reuniones plenarias de discusión, para su consecución se siguió la metodología reflejada en el manual de usuario y disponible on line³⁶, además se siguieron los criterios de rigor científico establecido por Humphrey-Murto y colegas²¹

Composición del panel

La composición del panel se basó en los requisitos de Ficht y colegas³⁴, al igual que Humphrey y colegas que plantean que tradicionalmente siempre ha sido 9 expertos, "un número suficientemente grande para la diversidad de la representación, pero lo suficientemente pequeño para permitir el debate",²¹

Se consideró experto a "aquel cuya formación y experiencia previa le han permitido alcanzar un dominio sobre un asunto que excede el nivel promedio de sus iguales, y que está en disposición de exponer sus opiniones sobre dicho asunto para que sean utilizadas como juicios conclusivos".³⁷

Los expertos se escogieron según su experiencia en actividades de promoción de salud, tanto a nivel práctico, como en el gerencial o investigativo, se trató que todos fueron especialistas de medicina general integral, con categoría docente, con alguna maestría sobre todo relacionada con la educación médica, atención primaria u otra donde haya recibido capacitación en metodología de promoción de salud, se tuvo en cuenta además características como: "prestigio, reconocimiento científico y representatividad, nivel de motivación intrínseca, disponibilidad real de tiempo, amplitud de conocimiento e interés en el tema, capacidad y disponibilidad para el trabajo en grupo, integridad intelectual, actitud y aptitud científica"³⁸

De todos se obtuvo su consentimiento informado, a todos les fue aplicada el coeficiente de experticia

No obstante se tuvo más en cuenta la experiencia vivencial de actividades de promoción de salud, que las calificaciones académicas, científicas, investigativas o docentes, en este caso se parte de un enfoque fenomenológico, hermenéutico que entiende que las opiniones y prácticas se construyen a través de las experiencias subjetivas de la persona en su vida diaria laboral, y que son el resultado de sus procesos de aprendizaje y socialización y de una interpretación de su experiencia de trabajo^{39,40}

Resumen de la literatura

Se realizó un estudio de literatura para respaldar la configuración de los puntos de inicio del estudio y para garantizar que los participantes tuvieran acceso al mismo cuerpo de evidencia durante el proceso del panel. Para evitar el sesgo de interpretación, los materiales se proporcionaron como una visión general, en lugar de una revisión.²⁰

Las actividades /intervenciones de promoción de salud a realizar por el médico de familia se infirieron de la propia experiencia del autor como médico de familia, de los libros de medicina general integral, del programa de trabajo del médico y enfermera de familia ; se tuvieron en cuenta actividades plasmadas en libros de medicina familiar y comunitaria que son referentes para residentes de la especialidad y médicos de familia de Latinoamérica y el Caribe y de varios países del mundo, programas de formación foráneos de residencia en medicina familiar y la búsqueda en base de datos primarios de literatura médica usando las palabras claves "médico de familia" AND "promoción de salud". Según fueron surgiendo los hallazgos de actividades fueron homologados con las actividades y tareas reflejadas en el programa de trabajo del (a) médico(a) y enfermera(o) de familia, de manera que sirviera de actualización de estas actividades. Posteriormente se constató la efectividad estas actividades/intervenciones procurando en bases de datos que permitieran inferir la evidencia colocando como palabras claves de búsqueda: "meta-análisis" AND/OR "revisión sistemática" como nivel máximo de la pirámide de evidencias. Una vez recogida toda esa información se prepararon resúmenes, tablas y definiciones para comentar y entregar a los expertos

Proceso de panel

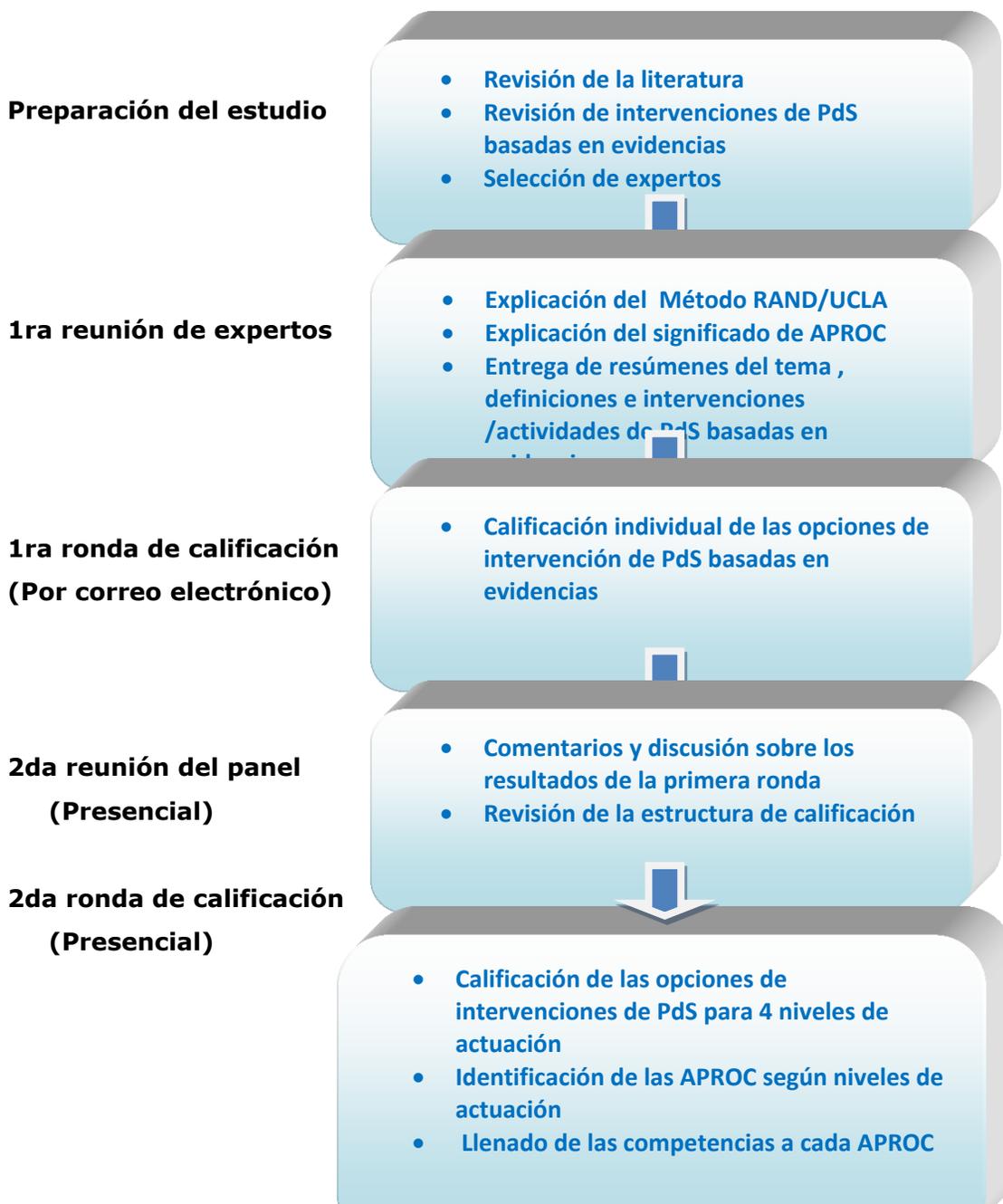
El flujo del estudio del panel se muestra en la Fig. 1. Durante **la primera reunión** del panel se aplicó a cada participante un cuestionario de autoevaluación de su pericia en su materia, no obstante lo que importaba no era el grado de preparación técnica y académica, sino su experiencia en estas actividades, desde el punto de vista etnográfico y fenomenológico. se entregaron los materiales de resúmenes ya preparados , se explicaron definiciones de intervenciones de promoción de salud poco frecuente en nuestro contexto, también se explicó el significado de "actividades profesionales confiables", su importancia en el currículo y la necesidad de la formación basada en competencias del especialista de medicina general integral . En la **primera ronda** (no presencial) se enviaron a los participantes por correo electrónico la revisión y síntesis de la evidencia disponible, con rigor metodológico, y al igual que el método Delphi, comienza con la formulación de una pregunta de investigación ¿Cuáles son las intervenciones de promoción de salud basadas en evidencias científicas de efectividad que pueden desempeñar rutinariamente los médicos de familia a nivel individual, grupal-familiar y socio-comunitario y que pudieran constituirse actividades profesionales confiables?, los expertos debían marcar cada intervención de promoción de salud basada en evidencias

Los expertos usaron una escala de 9 puntos para evaluar cada intervención, de forma que se puntuó con 1 aquella que se consideró extremadamente inapropiada y con 9 la totalmente apropiada. Se calcularon las medianas de las puntuaciones para cada intervención, de forma que si se situó en el intervalo 7-9, la intervención se clasificó como «apropiada»; en el intervalo 1-3 se consideró «inapropiada» y en el intervalo 4-6, «dudosa».⁴¹

La intervención se consideró “apropiada” cuando era factible de realizar en el contexto social y real del médico de familia cubano y aportaban más beneficios que consecuencias negativas, “inapropiada” si no era factible o aportaba pocos beneficios y “dudosa o incierta” cuando el panel de expertos no logró consenso sobre la factibilidad de la intervención

Segunda ronda o reunión presencial y segunda valoración: una vez cumplido por correo electrónico, la primera ronda de puntuaciones, los expertos fueron reunidos para discutir los resultados y valorar nuevamente las intervenciones, no se forzó el consenso

Figura 1 Diagrama del proceso



PdS= Promoción de Salud / APROC= Actividades Profesionales Confiables

Resultados

Calificación de las intervenciones/actividades de promoción de salud

		inapropiada			dudosa			apropiada		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Consejería conductual	0	0	2	0	1	0	2	2	2
2	Educación grupal (consultas grupales)	0	1	1	0	1	0	3	1	2
3	Consejo de salud comunitario	0	0	0	0	1	1	3	2	2
4	Charlas	0	2	2	2	2	1	0	0	0
5	Audiencias	1	3	1	2	1	1	0	0	0
6	Educación Individual		1	1	1	2	2	1	1	
7	Manejo de las determinantes sociales de salud	0	0	0	1	1	2	2	2	1

		inapropiada			dudosa			apropiada		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Consejería conductual	2 (23 %)			1 (10%)			6 (67%)		
2	Educación grupal (consultas grupales)	2 (23 %)			1 (10%)			6 (67%)		
3	Consejo de salud comunitario	0			2 (23 %)			7 (77%)		
4	Charlas	4 (45%)			4 (45%)			1 (10%)		

5	Audiencias	5 (55 %)	4 (45%)	0
6	Educación individual	2 (23 %)	5 (55 %)	2 (23 %)
7	Manejo de las determinantes sociales de salud	0	4 (45%)	5 (55 %)

Como resultado del proceso de discusión y análisis en la segunda ronda fueron seleccionados como APROC para ser realizada en el nivel individual, la posibilidad de introducir la Consejería conductual, una vez confirmado que se tenían materiales docentes y bibliográficos para la capacitación e implementación, se escogió esta intervención/actividad pues está presente en varios programas de formación de residencia de medicina familiar en otros países, es una intervención con evidencia de efectividad demostrada que se puede aplicar a varios tipos de comportamientos no saludables.⁴²

Se escogió como APROC a nivel grupal-familiar, la educación de pares a forma de consultas en grupo, pues tiene múltiples evidencias de efectividad, ya hubo antecedentes de su práctica en Cuba en los primeros años de fundado el plan del médico de familia.⁴³ Se enfatizó en la necesidad de no impartir una educación lineal, paternalista, unilateral, sino con un enfoque dialógico, interactivo, empoderador, lo que se da en llamar educación de automanejo y/o autocuidado (self-management education)

A nivel comunitario se escogió la realización del consejo de salud comunitario, pues significa una reunión periódica con los actores sociales de la comunidad, líderes comunitarios y representantes de los sectores e instituciones del área de atención del médico de familia, se seleccionó esta actividad/ tarea pues está reflejada implícitamente en el programa de trabajo del médico y enfermera de la familia en Cuba, porque le da salida a conceptos y ámbitos como la participación social del análisis de la situación de salud, resolución de determinantes sociales de salud etc.; a pesar de que las evidencias procedían principalmente del ámbito hispano y latinoamericano acercándose más a la realidad epidemiológica social del contexto nacional⁴⁴

A Nivel social : El abordaje de las determinantes sociales de salud (DSS) y las desigualdades sociales en salud, es un tema perentorio y emergente en la medicina familiar contemporánea,⁴⁵ que no se aborda de forma participativa, reflexiva y crítica en el actual programa de especialización. El manejo de las DSS es un tema de promoción de salud que tampoco se aborda desde esa óptica. Los participantes estuvieron de acuerdo en incluirla como actividad profesional a través de la prescripción social y la defensa de la salud del paciente.^{46,47}

Una vez identificadas las APROC se sometió a validar su contenido entre los expertos respondiendo a las preguntas: ¿es la APROC realmente parte del trabajo del médico de familia?, ¿cumple con la

definición de APROC?, ¿es adecuada para su propósito?, ¿es factible, viable, pertinente, ética?, ¿puede aplicarse con un enfoque de justicia social y equidad?

Todas se consideraron parte del trabajo del médico de familia, adecuadas al propósito, y que cumplían con la definición de APROC, factibles, viables, éticas y con posibilidades de alcanzar la equidad social, hubo cierta reticencia con la factibilidad de recursos, sobre todo con alimentos saludables y materiales docentes, audiovisuales, pero se consideró que eran problemas que estaban fuera del alcance docente-académico y que en la historia del proceso social cubano ha habido alternativas de solución a múltiples problemas presentados.

Por último se presentó a los panelistas un listado de competencias de promoción de salud, previamente identificadas y publicadas por otro grupo de especialistas de medicina general integral en nuestra provincia⁴⁸ y se pidió que se refinaran, de manera de adecuarlas e insertarlas en las APROC identificadas; se dividieron los participantes en grupos de 3, se les dio 25 minutos y luego se consensuaron, perfilaron, refinaron los conocimientos, habilidades, actitudes, valores para confeccionar la ficha de cada APROC.

A cada APROC se le confeccionó una ficha que incluía, la justificación de realizar la actividad, la descripción detallada de la actividad, enlace de esa actividad con las 5 funciones básicas del perfil profesional del médico general integral cubano plasmada en el plan de estudio de la especialidad; los conocimientos, habilidades, actitudes y valores para cada APROC; las fuentes de información para evaluar el progreso; una escala de supervisión de la confiabilidad estructurada en 3 niveles decrecientes; la etapa estimada de entrenamiento para alcanzar el nivel 3 (nivel pasivo donde el residente realiza la actividad sin supervisión y puede ayudar a otros estudiantes) y la redacción de la base para las decisiones confiables formales. A cada APROC además se le redactó una guía metodológica del "como hacer" y se escribieron textos docentes para la enseñanza

Se reconoce que estas no son las únicas tareas y actividades de promoción de salud que puede realizar el médico de familia, pero son las que más peso tuvieron por su evidencia de efectividad. Para la descripción y desarrollo de las APROC una vez identificadas se tuvieron en cuenta artículos recientes^{49,50} y la guía metodológica disponible⁴⁶ en base de datos electrónicas

DISCUSIÓN

En la literatura internacional se han encontrado solo 2 referencias de identificación de APROC en la especialidad de medicina familiar, un estudio del 2013 de Shaughnessy y colegas²⁴ y un estudio del 2015 de Schultz²⁵, no obstante estos estudios se enfocan en lo personal y ninguno de ellos prioriza la promoción de salud como tarea grupal y comunitaria, ni muchos menos la participación social en el análisis de la situación de salud de la comunidad traducida como unidades de práctica, término y enfoque que es más propio de países en vías de desarrollo, sobre todo del área latinoamericana y en particular en Cuba, pudieran parecer pocos pero la promoción de salud es solo una pequeña parte de la especialidad de medicina familiar. Ten Cate plantea que

el promedio de APROC para toda un plan de estudio de una especialidad es de 20 a 25 APROC⁵¹, aunque hay APROC que son esenciales, y otros pudieran ser adicionales, van Loon y colegas plantean que *“Algunos APROC son obligatorios para todos los aprendices, mientras que otros solo se lograrán si un aprendiz realiza una rotación electiva en un área particular de práctica”*.⁵²

La identificación de las APROC depende de la concepción ideológica y política de cada formación, del modelo de práctica y atención usado (incluyendo el modelo de práctica y enseñanza de promoción de salud)⁵³

Se escogieran solo 4 APROC basadas en evidencias de efectividad, que fueron las que alcanzaron mayor puntuación por los expertos

Las APROC representan una necesidad en la formación del médico, sobre todo del médico de familia en el escenario de la atención primaria

El destacado educador médico cubano profesor Salas Perea⁵⁴ enfatiza que hay que lograr una identificación de las reales actividades de la educación en el trabajo en la atención primaria, refiere que *“es un capítulo que aún está en construcción”* y citando a la Dra. C Lemus Lago⁵⁵ menciona que *“los espacios de educación en el trabajo no están bien definidos en la atención primaria”...“hay que seguir preparando nuestro claustro de profesores en motivación y competencias”*. En este sentido las actividades profesionales confiables pueden llenar ese espacio, no solo en la promoción de salud, sino en todas las tareas que realiza y debe realizar el médico de familia cubano

Se reconoce como dijera van Loon y colegas que: *“Es importante destacar que esta herramienta que representan las APROC, sin embargo, debe manejarse con precaución. Si el lugar de trabajo aún no está listo para lidiar con la flexibilidad requerida y la facultad no tiene las cualidades didácticas necesarias, las APROC no funcionarán”*⁵².

Si los decisores del trabajo del médico familiar, tanto a nivel gerencial (departamentos de asistencia médica y atención primaria), el grupo de la especialidad y la sociedad científica no se inclinan a los APROC, todavía habrá una brecha importante para su ejecución

“El científico de la gestión del cambio Rogers (1995) demostró que una innovación teóricamente bien diseñada no constituye necesariamente un concepto exitoso en la práctica”^{53, 56}

Será difícil introducir unas APROC de promoción de salud de forma aislada, si no hay una sensibilización en introducir otras en otros tópicos del programa de la especialización, si no hay una concientización de introducir todos los elementos de la educación médica de postgrado basado en competencia, no solo la identificación de competencias

Existen, no obstante existen escollos en el desarrollo e implementación de las APROC que es necesario superar, tales como la preparación de los desarrolladores de currículo en estas tendencias, la capacitación de los profesores, la flexibilización de los lugares de trabajo, la necesidad de variar las tareas laborales acorde al programa de trabajo y a las necesidades de salud de la población, etc.

CONCLUSIONES

Las APROC aparte de ser unidades de práctica laboral del residente/especialista de MGI, son herramientas de evaluación válidas del aprendizaje basado en el trabajo y representan un medio esencial para traducir los conocimientos, habilidades, actitudes, valores (competencias) en una práctica observable, medible. Los APROC cierran la brecha de retóricas y conceptos abstractos y su inclusión en el lugar de trabajo, establecerán una nueva cultura de evaluación del residente y servirán para perfeccionar el plan de estudio y asegurar que los temas "imprescindibles" no sean rechazados por temas que "sería bueno conocer"²⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Folgar K. Educación médica basada en competencias la nueva Torre de Babel 2017. *Inv Ed Med* 2017;6(2):64-5. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/605>
2. Ten Cate O. Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future. *GMS J Med Educ*. 2017 Nov 15;34(5):Doc69. doi: 10.3205/zma001146. eCollection 2017.
3. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G. Las competencias y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud. *Educ Med Super*. 2012[citado 4 nov 2016];26(4):604-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400013&lng=es
4. Véliz Martínez P. La necesidad de identificar las competencias profesionales en el Sistema Nacional de Salud. *Rev cubana de salud pública* 2016; 42(3). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/766/781>
5. Véliz Martínez PL, Blanco Aspiazu MA, Ortiz García M, Díaz Hernández L, Blanco Aspiazu O. Resultados de trabajo del Grupo para el Estudio de las Competencias en Salud. *Educ Med Super*. 2018[citado 30 jul 2019];32(1):[aprox. 25 p]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1269/616>
6. Morales Castillo JD, Margarita Varela Ruiz M. El debate en torno al concepto de competencias. *Inv Ed Med* 2017;6(2):64-5. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/370>
7. Touchie C, Cate O The promise, perils, problems and progress of Competency based medical education. *Medical Education* 2016; 50: 93–100
8. Brooks MA. Medical education and the tyranny of competency. *Perspect Biol Med* 2009;52:90–102
9. Lurie SJ, Mooney CJ, Lyness JM. Commentary: pitfalls in assessment of competency-based educational objectives. *Acad Med* 2011;86:412–4.
10. Morán Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1ª Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educ Med*. 2016; 17(4):130-9. [citado 18 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-educacion-medica-71-articulo-la-evaluacion-del-desempeno-o-S157518131630078X>

11. Albanese MA, Mejicano G, Mullan P, Kokotailo P, Gruppen L. Defining characteristics of educational competencies. *Medical Educ.* 2008;42(3):248–255.
12. Ten Cate. Competency-Based Education , Entrustable Professional Activities, and the Power of Language (editorial). *J Grad Med Educ.* 2013;5(1):6-7.
13. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Evaluación para el aprendizaje en ciencias de la salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2018.
14. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de evaluación de residentes de Medicina General Integral. *Educación Médica Superior* [Internet]. 2015 [citado 15 Ene 2019];29(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/492/281>
15. González Rodríguez R, Cardentey García J. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de habilidades específicas para la especialización en medicina general integral. Ponencia presentada en la VI Jornada Virtual de educación Médica 2019. EDUMED 2019. 1 al 30 de abril del 2019. Disponible en: <http://edumed2019.sld.cu/index.php/edumed/2019/paper/view/73/38>
16. ACGME-ABEM. The Emergency Medicine Milestones Project. 2015. Available at: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/EmergencyMedicineMilestones.pdf>.
17. Cate OT. A primer on entrustable professional activities. *Korean J Med Educ.* 2018 Mar;30(1):1-10.
18. Ten Cate O. Guía sobre las actividades profesionales confiables. *Rev Fundación Educ Med,* 2017, 20(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000300002
19. Leung W. Competency based medical training: review. *BMJ* 2002; 325:693–6
20. Tronnier VM, Eldabe S, Franke J, Huygen F, Rigoard P, de Andres Ares et al. The appropriate management of persisting pain after spine surgery: a European panel study with recommendations based on the RAND/UCLA method. *Eur Spine J.* 2019 Jan;28(1):31-45. doi: 10.1007/s00586-018-5711-0.
21. Humphrey-Murto S, Varpio L, Gonsalves C, Wood T. Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research–*Medical Teacher* 2017, 39(1): 14-19
22. Garofalo M, Aggarwal R. Obstetrics and Gynecology Modified Delphi Survey for Entrustable Professional Activities: Quantification of Importance, Benchmark Levels, and Roles in Simulation-based Training and Assessment. *Cureus.* 2018 Jul 25;10(7):e3051. doi: 10.7759/cureus.3051.
23. Parker TA, Guiton G, Jones MD Jr. Choosing entrustable professional activities for neonatology: a Delphi study. *J Perinatol.* 2017 Dec;37(12):1335-1340.

24. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel J Jr. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ.* 2013 Mar;5(1):112-8. doi: 10.4300/JGME-D-12-00034.1.
25. Schultz K, Griffiths J, Lacasse M. The Application of Entrustable Professional Activities to Inform Competency Decisions in a Family Medicine Residency Program. *Acad Med.* 2015 Jul;90(7):888-97.
26. Mink RB, Myers AL, Turner DA, Carraccio CL. Competencies, Milestones, and a Level of Supervision Scale for Entrustable Professional Activities for Scholarship. *Acad Med.* 2018 Nov;93(11):1668-1672.
27. Mallow M, Baer H, Moroz A, Nguyen VQC. Entrustable Professional Activities For Residency Training in Physical Medicine and Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017 Oct;96(10):762-764.
28. Hart D, Franzen D, Beeson M, Bhat R, Kulkarni M, Thibodeau L, Weizberg M, Promes S. Integration of Entrustable Professional Activities with the Milestones for Emergency Medicine Residents. *West J Emerg Med.* 2019 Jan;20(1):35-42.
29. Taylor DR, Park YS, Smith CA, Karpinski J, Coke W, Tekian A. Creating Entrustable Professional Activities to Assess Internal Medicine Residents in Training: A Mixed-Methods Approach. *Ann Intern Med.* 2018 May 15;168(10):724-729.
30. Young JQ, Hasser C, Hung EK, Kusz M, O'Sullivan PS, Stewart C, Weiss A, Williams N. Developing End-of-Training Entrustable Professional Activities for Psychiatry: Results and Methodological Lessons. *Acad Med.* 2018 Jul;93(7):1048-1054.
31. Sharma P, Tanveer N, Goyal A. A search for entrustable professional activities for the 1st year pathology postgraduate trainees. *J Lab Physicians.* 2018 Jan-Mar;10(1):26-30.
32. Moloughney B, Moore K, Dagnone D, Strong D. The development of national entrustable professional activities to inform the training and assessment of public health and preventative medicine residents. *Can Med Educ J.* 2017 Jun 30;8(3):e71-e80.
33. Landzaat LH, Barnett MD, Buckholz GT, Gustin JL, Hwang JM, Levine SK, et al. Development of Entrustable Professional Activities for Hospice and Palliative Medicine Fellowship Training in the United States. *J Pain Symptom Manage.* 2017 Oct;54(4):609-616.
34. McCloskey CB, Domen RE, Conran RM, Hoffman RD, Post MD, Brissette MD, et al. Entrustable Professional Activities for Pathology: Recommendations From the College of American Pathologists Graduate Medical Education Committee. *Acad Pathol.* 2017 Jun 27;4:2374289517714283. doi: 10.1177/2374289517714283. eCollection 2017 Jan-Dec.
35. Vallejo Maroto N. ¿Qué aportan los métodos de consenso en la atención sanitaria?. 23 de julio de 2018. Disponible en: <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/instrumentos-y-agrupadores-necesarios-en-una-medicina-moderna/que-aportan-los-metodos-de-consenso-a-nuestra-atencion-sanitaria/>

36. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, Van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method. User's manual. RAND Corporation, Santa Monica (CA). 2001. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.
37. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 20 Sep 2017]; 39(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007
38. Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R. Metodología de expertos. Consenso en Medicina. Escuela Andaluza de Medicina. Serie Monografías No 14.1996
39. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. Perspectives on Medical Education. 2019, 8(2): 90-97
40. Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. Nurse Res. 2006;14(1):59-70.
41. Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Villegas-Portero R, Molina-Linde M, Gómez-Bujedo L, Lacalle-Remigio JR. Análisis del tratamiento quirúrgico más apropiado para la colecistitis aguda mediante aplicación del método RAND UCLA. Cir Esp. 2012 Aug-Sep; 90(7):453-9.
42. Dragomir AI, Julien CA, Bacon SL, Boucher VG, Lavoie KL; Canadian Network for Health Behavior Change and Promotion (CAN-Change). Training physicians in behavioural change counseling: A systematic review. Patient Educ Couns. 2019 Jan;102(1):12-24.
43. Fiorati RC, Arcêncio RA, Segura Del Pozo J, Ramasco-Gutiérrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorialidad y participación social como políticas de afrontamiento para las desigualdades en salud en el mundo. Gac Sanit. 2018 May - Jun; 32(3):304-314. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/en-linkresolver-intersectorality-social-participation-as-coping-S0213911117301887>
44. Bonal Ruiz R, Marzan Delis M, González García R. Consultas grupales, una alternativa rentable a rescatar. Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2018. Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1790>
45. Hughes LS, Likumahuwa-Ackman S. Acting on Social Determinants of Health: A Primer for Family Physicians. Am Fam Physician. 2017 Jun 1; 95(11):695-696.
46. Bonal Ruiz R. Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar. Rev Cubana Med Gen Integr, 2019; 35(1): Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/860/240>
47. Bonal Ruiz R. Prescripción social, una dimensión de la promoción de salud en la medicina general integral. Rev Cubana Med Gen Integr, 2019; 35(2): Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/252/257>

48. Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba. Estudio cualitativo. *Aten Fam* 2017 ;24(1):32-39
49. Harm Peters, Ylva Holzhausen, Christy Boscardin , Olle ten Cate & H, Carrie Chen . Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions, *Medical Teacher*.2017., 39:8, 802-807, DOI: 10.1080/0142159X.2017.1331031
50. Ten Cate O. Guía sobre las actividades profesionales confiables. *Rev Fundación Educ Med*, 2017, 20(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000300002
51. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983-1002
52. van Loon KA, Driessen EW, Teunissen PW, Scheele F. Experiences with EPAs, potential benefits and pitfalls. *Med Teach* 2014;36:698-702
53. Bonal Ruiz R. Modelos sobre promoción de salud en medicina familiar internacional e implicaciones en medicina general integral. *EDUMECENTRO* [Internet]. 2019 [citado 21/08/2019]; 11(2): 175-191. Disponible en: http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1331/html_463
54. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2017.
55. Lemus Lago ER. El reto estratégico está en la formación. *Educ Med Super*, Dic 2012, 26(4): 485-487. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000400001&lng=es&nrm=iso
56. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York: Free Press. 1995.