



## **Propuesta de dimensiones e indicadores para evaluar desempeño de promoción de salud en medicina general integral.**

*Proposal dimensions and indicators to evaluate health promotion performance in comprehensive general medicine.*

**Rolando Bonal Ruiz<sup>1</sup>, Mercedes Marzán Delis<sup>2</sup>.**

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](mailto:rolandobonal@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

Objetivo: Diseñar una propuesta de dimensiones e indicadores para evaluar desempeño de promoción de salud (PdS) en medicina general integral (MGI).

Método: se realizó una revisión bibliográfica desde la Unidad Provincial de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades de Santiago de Cuba (SC), entre agosto y septiembre del 2019. Se revisaron las bases de datos: MEDLINE, LILACS y se empleó el descriptor "desempeño profesional", "promoción de salud" "medicina familiar y comunitaria" Se empleó el método de análisis documental, se revisó el programa actual de la especialidad de Medicina General Integral y artículos de la evaluación en el lugar de trabajo de revistas de educación médica de los últimos 5 años

Resultados: se identifican 3 dimensiones: cognitivas, procedimentales y actitudinales, cada dimensión presenta indicadores, que a su vez son evaluados mediante métodos cualitativos y cuantitativos sobre todo basado en la observación directa en el lugar de trabajo y observaciones indirectas, se utiliza niveles de confiabilidad propio del enfoque de actividades profesionales confiables, se presentan métodos de evaluación acorde a los niveles de evaluación de la pirámide de Miller

Conclusiones: se propone un marco evaluativo basado en dimensiones, indicadores y métodos de evaluación a cada indicador según los métodos contemporáneos de evaluación en el lugar de trabajo, este enfoque garantizará un mejor desempeño académico y laboral.

Palabras claves: educación médica, medicina familiar y comunitaria, promoción de la salud, desempeño profesional

## **ABSTRACT**

Proposal dimensions and indicators to evaluate health promotion performance in comprehensive general medicine

Objective: Design a proposal of dimensions and indicators to evaluate health promotion performance in general comprehensive medicine.

Method: a bibliographic review was carried out from the Provincial Unit for Health Promotion and Disease Prevention of Santiago de Cuba (SC), between August and September 2019. The databases were reviewed: MEDLINE, LILACS and the descriptor " professional performance ", " health promotion " family and community medicine "The documentary analysis method was used, the current program of the specialty of Comprehensive General Medicine and articles of evaluation in the workplace of medical education journals were reviewed of the last 5 years

Results: 3 dimensions are identified: cognitive, procedural and attitudinal, each dimension presents indicators, which in turn are evaluated by qualitative and quantitative methods, especially based on direct observation in the workplace and indirect observations, reliability levels are used typical of the approach of entrustable professional activities, evaluation methods are presented according to the evaluation levels of the Miller pyramid

Conclusions: an evaluation framework based on dimensions, indicators and evaluation methods is proposed to each indicator according to contemporary methods of evaluation in the workplace, this approach will guarantee a better academic and work performance.

Keywords: medical education, family and community medicine, health promotion, professional performance

## **INTRODUCCIÓN**

A pesar de que se han hecho otras propuestas de dimensiones e indicadores para evaluar el desempeño en ciertos ámbitos de salud<sup>1</sup>, en especialidades médicas<sup>2, 3</sup>etc. No se han encontrado referencias con relación a este proceso en la promoción de salud a nivel de médicos de familia, en el sentido más amplio de la promoción de salud.

En la educación médica se están desarrollados instrumentos de evaluación de desempeño que coinciden con las herramientas de evaluación basadas en el lugar de trabajo<sup>4</sup>. En Cuba un principio esencial de la educación médica es la educación en el trabajo<sup>5</sup>

Autores cubanos definen el desempeño como la "capacidad de un individuo para efectuar acciones, deberes y obligaciones propias de su cargo o funciones profesionales que exige un puesto de trabajo. Esta se expresa en el comportamiento o la conducta real del trabajador en relación con las otras tareas a cumplir, durante el ejercicio de su profesión. "<sup>6</sup>

En el plan de estudio y programa de la especialidad de MGI <sup>7</sup> no está diseñado en base a actividades observables, está diseñado en base a habilidades y esto se refleja en la tarjeta de evaluación del residente, lo que sirve como instrumento de evaluación<sup>8</sup>. Entre estas habilidades, solo se encuentran 2 relacionadas con la promoción de salud : "*Realizar técnicas de comunicación como: charla educativa, dinámica de grupo e intervención familiar y/o comunitaria*", "*Realizar acciones de educación sexual y de planificación familiar*", todas redactadas de una forma general y no especifica el cómo, ni donde, ni cuándo .Existe otra habilidad que pudiera incluir acciones de promoción de salud, pero no lo especifica: "*tratar integralmente al adulto sano, en riesgo y enfermo*", no se menciona en ningún documento instructivo que significa "integralmente" ¿incluirá la consejería y educación personal al usuario? , ¿Incluirá el enfoque de determinantes sociales de salud y equidad en salud?. En la tarjeta general de evaluación del residente<sup>9</sup> en los aspectos a evaluar, en su acápite II : actividades docentes asistenciales (educación en el trabajo) , existe un ítem denominado "*Calidad del Análisis de la Situación de Salud, acciones realizadas en la comunidad*", que es un aspecto medular dentro de la promoción de salud, sin embargo no está clara su evaluación en el instructivo para el llenado de la tarjeta de evaluación del residente de MGI, ni en la hoja de observación, todo esto motivó a que los autores se propusieran como objetivo: Diseñar una propuesta de dimensiones e indicadores para evaluar el desempeño de promoción de salud en medicina general integral.

## **MÉTODO**

Se realizó una revisión bibliográfica desde la Unidad Provincial de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades de Santiago de Cuba, entre agosto y septiembre del 2019. Se revisaron las bases de datos: MEDLINE, LILACS y se empleó el descriptor "desempeño profesional", "promoción de salud" "medicina familiar y comunitaria" Se empleó el método de análisis documental, se revisó el programa actual de la especialidad de Medicina General Integral y artículos de la evaluación en el lugar de trabajo de revistas de educación médica de los últimos 5 años.

## **DESARROLLO**

Se realiza la identificación de las dimensiones en la variable desempeño, y en este sentido se destacan las dimensiones cognitivas, procedimentales y actitudinales que integran el modo de actuación del residente de medicina general integral y del propio especialista.

Estos indicadores fueron diseñados en base a un concepto integral de la promoción de salud (PdS) que tomó en cuenta no solo las intervenciones educativas (como refleja el programa de especialización de MGI 2018) <sup>7</sup>, sino la acción interventiva del médico de familia en las determinantes modificables de salud (determinantes conductuales, ambientales, espirituales, culturales, sociales) a través de actividades observables, por ejemplo el consejo de salud

intersectorial (se ponen de manifiesto categorías como participación social en salud, participación comunitaria, empoderamiento comunitario, abogacía de salud, prescripción social ), consejería de salud (pone de manifiesto categorías como empoderamiento personal, entrevista motivacional), educación grupal , educación individual, etc.

Los indicadores están dirigidos al desempeño del médico de familia y no al desempeño del profesional de salud en la atención primaria que abarca mucho más que la medicina familiar, por tanto no se han tomado en cuenta otros indicadores que miden más la labor del responsable de promoción de salud del policlínico que la del médico

Los indicadores claves de desempeño toman fuerza en la educación médica posgraduada basada en competencias<sup>10</sup>, sobre todo cuando usan varios instrumentos de evaluación del desempeño que permitan reunir datos tanto cualitativos como cuantitativos. La evaluación del desempeño basado en hitos (peldaños) y en actividades profesionales confiables se imponen en la educación médica contemporánea, como una forma novedosa en la evaluación en el lugar del trabajo.<sup>11</sup>

Dentro de los indicadores del desempeño están incluidas actividades profesionales confiables (APROC) y actividades observables, sobre todo en la dimensión procedimental. En ocasiones los planes y programas de estudios se diseñan en base a APROC y éstas incluyen en su descripción conocimientos, habilidades, actitudes. Sin embargo en esta propuesta no está precisamente así, aunque predominan actividades observables en la dimensión procedimental.

No todas las actividades o tareas realizadas por el médico entran en la categoría de APROC, hay actividades menores que forman parte de otras actividades mayores. Hay actividades esenciales y otras no esenciales o menos esenciales que forman parte del quehacer del galeno.

La promoción de salud en la medicina familiar se considera mucho más que intervención educativa que trasciende más allá del ámbito personal, familiar, grupal, comunitario , abarcando el abordaje de los determinantes sociales de salud con una serie de intervenciones que no están en el programa de la especialidad, por tanto los indicadores de desempeño trascienden el enfoque puramente educativo , e incluyen aspectos como intervenciones para lograr el involucramiento activo del paciente, su empoderamiento para lograr una adecuada responsabilidad personal con la salud. Este mismo proceso debe hacerse en la comunidad con la finalidad de que los actores sociales sean verdaderos partícipes de su salud y no puros receptores de información sanitaria, a tal fin, de acuerdo con nuevas tendencias internacionales en la propia medicina familiar, educación médica, atención primaria y la propia promoción de salud, se hace necesario sistematizar los indicadores de desempeño de la PdS en la MGI.

A consideración de los autores en el programa de especialización de MGI<sup>7</sup> los contenidos de PdS están fragmentados, hay un énfasis en las intervenciones educativas, y están ausentes las técnicas de consejería conductual y de empoderamiento, tanto a nivel personal, como comunitario, por lo que estos elementos están incluidos en los niveles de desempeño del médico de familia en este ámbito, plasmados en este trabajo.

Hay distintas calificaciones en los instrumentos de evaluación para verificar los indicadores: métodos cualitativos y cuantitativos.

Sin embargo en los indicadores aquí reflejados la herramienta predominante será la observación directa e indirecta sobre todo en las dimensiones actitudinales y procedimentales, en cada una se usan escalas de confiabilidad como una forma más válida y confiable de medir el desempeño de la práctica dentro de las herramientas de evaluación basada en el trabajo (Work-based assessment (WBA))<sup>12</sup>

Las escalas de confiabilidad garantizan que el residente pase de un nivel en que se evalúa como todavía no confiable para realizar esa encomienda hasta un nivel que ofrezca confianza al tutor para que realice la actividad sin necesidad de supervisión o tutelaje, incluso en que pueda asesorar a residentes de menor rango o estudiantes de medicina.

Según Gofton y colegas (2017) tradicionalmente las calificaciones en la evaluación del desempeño se hacen de acuerdo a las expectativas establecidas, utilizando rangos (por ejemplo, 1 [rara vez cumple con las expectativas] hasta 5 [excede las expectativas]); la calidad del desempeño puede clasificarse de manera similar utilizando rangos (por ejemplo, 1 [pobre] a 5 [excelente]).

<sup>13</sup>Existen problemas de fiabilidad y validez bien documentados con estas escalas tradicionales de calificación<sup>14</sup>

En contraste, las calificaciones de desempeño de la confiabilidad están estructuradas de manera significativa en torno a la forma en que los supervisores médicos o tutores toman decisiones cotidianas sobre el desempeño de los aprendices. Estas decisiones se basan en la "confianza" del evaluador en la capacidad de práctica segura e independiente de un residente.

Se ha demostrado que las calificaciones de confianza son más confiables que las calificaciones tradicionales<sup>15</sup>

La experiencia con las calificaciones de confiabilidad también ha demostrado que los alumnos están dispuestos a aceptar puntuaciones más bajas si también reciben los comentarios concretos necesarios para mejorar el rendimiento<sup>16</sup>

Ten Cate propone esta escala de confiabilidad<sup>17</sup>

- *-Nivel 1:* se permite al residente estar presente y observar pero no realizar una APROC.
- *-Nivel 2:* se permite al residente ejecutar la APROC con supervisión directa y proactiva, presente en el consultorio o en el terreno
- *-Nivel 3:* el residente está autorizado a llevar a cabo la APROC sin un supervisor, pero rápidamente disponible si es necesario, es decir, con supervisión indirecta y reactiva.
- *-Nivel 4:* se permite que el residente trabaje sin supervisión.
- *-Nivel 5:* el residente puede supervisar a estudiantes más jóvenes.

Estos niveles de confiabilidad pueden ser llevados a cabo a través de la observación directa e indirecta, principalmente<sup>18</sup>

Desde 1990 ya George Miller cuestionaba si la evaluación de conocimientos a través de los exámenes escritos puede predecir el comportamiento de los profesionales en la práctica de la vida cotidiana, y propone su famosa pirámide con 4 escalones o niveles<sup>19</sup> (gráfico 1)

Esta propuesta de dimensiones e indicadores de desempeño abarcan los 4 niveles de evaluación de la pirámide de Miller la cual define 4 niveles de evaluación<sup>20</sup> según evalúen el "Hace", el "Demuestra cómo", el "Sabe cómo" y por último el "Sabe". La dimensión cognitiva mide "el saber" (nivel IV) [recuerda] (base más ancha de la pirámide), pudiéndose evaluar el conocimiento a través de: Exámenes escritos de Temas. Pruebas escritas de respuesta abierta, Exámenes escritos con preguntas de respuesta múltiple. Test de respuesta múltiple, Exámenes escritos de preguntas con respuesta corta. Pruebas escritas de respuesta corta, Exámenes orales, Exámenes orales., también mide "el sabe como" - (nivel III) [integra], (Conocimiento) la cual se puede evaluar a través de: Ensayos orales, Examen oral basado en historias de pacientes reales (*chart stimulaterecall*), Exámenes escritos de preguntas con respuesta corta. Pruebas escritas de respuesta corta (*modifiedessayquestions*), Pruebas de distintos tipos sobre pacientes o casos, etc (ejemplo integración de los determinantes sociales de salud en un caso clínico)

La dimensión procedimental mide "el demuestra cómo" (nivel II) [lo hace], "in Vitro" (Comportamiento) pudiéndose evaluar a través de: Simulación. Demostraciones técnicas: Simuladores (ejemplo un juego de roles sobre una educación individual); Evaluación de habilidades de consejería con pacientes simulados, ECOE (OSCE): Examen Clínico Objetivo Estructurado, revisión de las decisiones clínicas (*chart stimulatedrecall*), Problemas de manejo de pacientes (*patientmanagementproblems*). Resolución de problemas. Etc. También la dimensión procedimental mide "el hace" en vivo (nivel I) [practica], - (Comportamiento) pudiéndose evaluar a través de: Observación directa en contextos de práctica real, Observación directa estructurada del tutor y comentarios descriptivos, calidad de las prescripciones terapéuticas (que incluyan el componente educativo y de autocuidado/automanejo), Lista de comprobación estructurada (*Checklists* o listas de cotejo), Escalas de rendimiento global, Memoria (de actividades) del Residente, Cuaderno de aprendizaje, Recopilación documentada de tareas y actividades asistenciales realizadas, Portafolio semiestructurado, Evaluación 360° (*MultiSourceAssessment*): Auto evaluación por el residente + Evaluación por el Tutor + Evaluación por otros docentes o actores del proceso formativo + Evaluación por los pacientes, Auto evaluación por el residente triangulando con otros instrumentos de evaluación, por ejemplo, acompañada de video grabación de casos reales y *feed back*. Etc.

La dimensión actitudinal se mide a través de los niveles dos, tres y cuatro mencionados anteriormente.



Gráfica 1. Pirámide de Miller

Fuente: Miller GE. The assesment of Clinical Skills / Competence / Performance. Academic Medicine. 1990; 65(9):563-7

Todos los indicadores están implícitos de una u otra forma en el programa de trabajo del médico y enfermera de familia<sup>21</sup>

Cada actividad o tarea procedimental en este trabajo reflejado tiene un formulario simplificado de evaluación de observación directa, y una escala de confiabilidad adaptable a cada dimensión que por razones de espacio no están en esta manuscrito, cada formulario deja un aparte para que el tutor/supervisor haga sugerencias y escriba las fortalezas del residente/especialista dándole retroalimentación (feedback) y haciéndoles comentarios de mejoras.

### **Medios de verificación de los indicadores, instrumentos para evaluar**

#### **Dimensión cognitiva**

Los niveles de conocimientos se evaluarán a través de pruebas escritas, que serán calificadas como conocimientos adecuados o no adecuados según las diferentes herramientas mencionadas más arriba en el nivel I de la pirámide de Miller.

1.1 Nivel de conocimiento del concepto de promoción de salud adaptado a la medicina familiar.

1.2 Nivel de conocimiento de los componentes de la promoción de salud.

1.3 Nivel de conocimiento de los niveles de actuación en promoción de salud (individual, grupal, familiar, comunitario, social).

1.4 1.4 Nivel de conocimiento de los determinantes sociales de salud.

**Dimensión Procedimental**

1.1 Grado de cumplimiento de la **educación individual**

Definición operativa	Medio de verificación
<b>Educación individual</b> es la que se hace cara a cara con el paciente puede ser en la consulta, visita domiciliaria, en el hospital etc.	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual. Preguntas al paciente

2.2 Grado de cumplimiento de la **consejería comportamental** (tabaquismo, nutrición no saludable, estrés nocivo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, sedentarismo, uso de relaciones sexuales desprotegidas etc.) reflejada en la HC individual.

Definición operativa	Medio de verificación
<b>Consejería comportamental</b> consiste en ofrecer consejo breve de 2 a 3 minutos , no directivo, no autoritario, no confrontacional, adaptado al contexto cultural, motivador, basado en el conocimiento científico, centrado en el paciente, de acuerdo a las etapas de cambio de comportamiento del paciente y en remitir si es necesario a consejerías más avanzadas ejemplo: Consejería de cesación tabáquica	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual. Preguntas al paciente

2.3 Grado de derivación a **servicios de consejería intensivos** (cesación tabáquica, cesación alcohólica, consejería nutricional)

Definición operativa	Medio de verificación
Servicios de consejería que ofrecen profesionales de salud del policlínico, en la consulta de cesación tabáquica, nutricionista, especialista de salud mental.	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica

	si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual, se le pregunta al paciente
--	----------------------------------------------------------------------------------

2.4 Grado de cumplimiento de **educación colectiva** en salas de espera (charlas, demostraciones)

Definición operativa	Medio de verificación
Consiste en brindar información sobre un tema de salud a los usuarios que esperan en la consulta, puede combinarse con demostraciones de cómo hacer .ej. preparación de sales de rehidratación oral, lactancia correcta, colocación de condón, etc.	<u>Observación directa:</u> Se observa la actividad en la sala de espera <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la libreta de registro de actividades educativas del consultorio Historia Clínica (HC) individual Se le pregunta a los pacientes si fue realizada

2.5 Grado de cumplimiento de **actividades educativas en la comunidad** (audiencias, demostraciones, charlas)

Definición operativa	Medio de verificación
Consiste en actividades educativas que se realizan en la comunidad fuera del consultorio, puede ser un una cuadra, en la calle, parque. Se informa sobre un tema de salud, puede ser a través de audiencias sanitarias, puede combinarse con demostraciones, dramatizaciones de personas de la comunidad, exposición de títeres, etc.	<u>Observación directa:</u> Se observa la actividad en la comunidad <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en alguna constancia, en la Historia Clínica Familiar, se pregunta a los representantes de la comunidad, Se le pregunta a los pacientes si fue realizada

2.6 Grado de cumplimiento de la **educación grupal**

Definición operativa	Medio de verificación
Educación a grupos de pacientes con características comunes, ejemplo hipertensos, diabéticos, embarazadas, pacientes crónicos, madres de lactantes, adolescentes, familias, adultos mayores etc. Se puede hacer en el espacio del consultorio tomándoles los signos	<u>Observación directa:</u> Se observa la realización de la educación grupal <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la HC individual y/o familiar, si constancia de registro con firma de los pacientes , se le pregunta a los

vitales, peso, talla, IMC etc. (consultas grupales)	pacientes
-----------------------------------------------------	-----------

2.7 Grado de cumplimiento de **reuniones con los actores sociales del barrio** (consejo de salud)

Definición operativa	Medio de verificación
<p>Consiste en reunión con los actores sociales de la comunidad del consultorio, presidentes o representantes del CDR, FMC, ANAP; núcleo de zona, ACRC, de instituciones o centros de trabajo incluidos en la demarcación del consultorio, líderes naturales del barrio etc. Se tratan asuntos de salud de la comunidad.</p> <p>CDR □ comité de defensa de la revolución  FMC □ federación de mujeres cubanas.  ANAP □ asociación nacional de agricultores pequeños.  ACRC □ asociación de combatientes de la república de Cuba</p>	<p><u>Observación directa:</u>  Se observa la realización del consejo de salud comunitario</p> <p><u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja actas de reuniones firmadas por los participantes, se le pregunta a los representantes de la comunidad, a los usuarios de salud</p>

2.8 Grado de cumplimiento del **plan de acción comunitario del diagnóstico y análisis de la situación de salud** con enfoque intersectorial.

Definición operativa	Medio de verificación
<p>Consiste en plan de acción que incluye las tareas o actividades realizadas por los actores sociales incluido médicos y enfermera para dar respuesta a la solución del problema de salud prioritario identificado, responde a qué tarea, cómo, dónde, cuando, con qué recursos, tiempo a solucionar, etc.</p>	<p><u>Observación directa:</u>  Observación del plan de acción en el documento del análisis de la situación de salud, deben incluirse actores sociales comunitarios según el problema</p> <p><u>Observación indirecta:</u> se le pregunta a los representantes de la comunidad, a los usuarios de salud</p>

2.9 Grado de **seguimiento, monitoreo y evaluación** de las tareas del plan de acción intersectorial del diagnóstico y análisis de la situación de salud.

Definición operativa	Medio de verificación

<p>Monitoreo del cumplimiento de las tareas según fecha (proceso) y evaluación del resultado o solución final del problema, con participación en las tareas de actores sociales de la comunidad e instituciones si fuera necesario</p>	<p><u>Observación directa:</u> Se observa en la realización del plan de acción, el cumplimiento de sus tareas, según la fecha indicada en el documento del ASIS. debe ser periódica y frecuente el monitoreo</p> <p><u>Observación indirecta:</u> . Se pregunta a los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias involucradas en la tarea,</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.10 Grado de cumplimiento del **análisis educativo a los problemas de salud** identificado en el diagnóstico y análisis de la situación de salud.

Definición operativa	Medio de verificación
<p>A cada problema de salud prioritario de solución educativa se le analizan las causas del problema, las creencias de los usuarios, conocimientos, prácticas, actitudes, factores que predisponen el comportamiento</p>	<p><u>Observación directa:</u> Observación en el documento del análisis de la situación de salud, si están reflejada las causas o análisis del comportamiento del problema de salud con solución educativa</p>

2.11 Grado de cumplimiento de la aplicación del **enfoque de determinantes sociales de salud y equidad en salud** en la historia clínica individual y familiar

Definición operativa	Medio de verificación
<p>Las <b>determinantes sociales</b> son las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Preguntar al usuario como vive, su ingreso socioeconómico, empleo, si apoyo social percibido, cultura, gradiente social, comprensión de lo que se le dice (alfabetización de salud) , si percepción de soledad sentida, como afronta los problemas psicosociales</p>	<p><u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia si el médico tiene en cuenta esos elementos para el diagnóstico clínico y el plan de acción terapéutico individual.</p> <p><u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual , en la Historia clínica familiar (HCF)</p>

2.12 Grado de cumplimiento de los requerimientos adecuados para la **divulgación sanitaria (mural, cartel)**

Definición operativa	Medio de verificación
----------------------	-----------------------

Si el mural refleja los principales problemas de salud del consultorio en una forma ordenada, visible, sin sobrecarga, si informa de los servicios de salud, si carteles bien ubicados, que no sobrecarguen la habitación del consultorio	<u>Observación directa:</u> Se observa en las habitaciones del consultorio los requerimientos señalados
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 2.13 Grado de cumplimiento de la **abogacía en salud individual**

Definición operativa	Medio de verificación
Refleja la defensa o acto de interceder ante los decisores de la comunidad por un problema de salud de un paciente o usuario de salud desfavorecido Ej, ante el delegado de circunscripción , director de una escuela, secretario del núcleo de zona, etc.	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual ; se le pregunta al paciente o usuario

### 2.14 Grado de cumplimiento de la **abogacía en salud comunitaria**

Definición operativa	Medio de verificación
Refleja la defensa o acto de interceder ante los decisores de la comunidad por un problema de salud de la comunidad Ej, ante el delegado de circunscripción , director de una escuela, secretario del núcleo de zona etc.	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) familiar, en el acta de la reunión del consejo de salud comunitario ; se le pregunta al paciente o usuario

### 2.15 Grado de cumplimiento de la **prescripción social**

Definición operativa	Medio de verificación
La prescripción social es la derivación, remisión del paciente y/o familia a recursos comunitarios (no médicos) de ayuda, psicológica, social, cultural etc. Ej. profesores de cultura física (prescripción de actividad física), trabajador social, fuentes de empleos, bufetes, centros recreativos,	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia en algún paciente que lo necesite <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) familiar, en el acta de la reunión del consejo de salud comunitario ; se le

instituciones artísticas y culturales, casas de orientación de la mujer etc.	pregunta al paciente o usuario
---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

2.16 Grado de cumplimiento de las **orientaciones de autocuidado/ automanejo y plan de acción personal** reflejado en la Historia clínica individual

Definición operativa	Medio de verificación
Si el médico promueve en el paciente medidas de <u>autocuidado en general</u> (descanso suficiente, control de estrés, higiene personal, actividad física etc.), <u>automanejo</u> de enfermedades crónicas (manejo de poli medicación, adaptación social, comunicación con proveedores de salud, conductas saludables, etc.), Medidas de <u>autocontrol</u> (uso correcto de glucómetro, tensiómetro, inhalador etc.), medidas de <u>auto examen</u> (de mama, bucal, piel, etc.), medidas <u>preventivas</u> acorde a la edad (prueba citológica, PSA, etc. )	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja en la Historia Clínica (HC) individual. Preguntas al paciente

2.17 Grado de cumplimiento de **intervenciones educativas en instituciones** del barrio (escuelas, centros de trabajo, etc.)

Definición operativa	Medio de verificación
Consiste en informar, orientar, comunicar a estudiantes, maestros, profesores, padres, trabajadores de alguna institución sobre un tema de salud importante , por iniciativa propia o a solicitud de la institución	<u>Observación directa:</u> Observación directa de la actividad educativa en la institución <u>Observación indirecta:</u> Se verifica si hay alguna constancia de verificación con firmas de los participantes, preguntas a directivos de la institución o algún miembro de ella participante

2.18 Grado de aplicación de **políticas públicas saludables locales** implementadas en el consultorio

Definición operativa	Medio de verificación
Son decisiones que toma el médico o los actores sociales para favorecer la salud y lograr un entorno saludable,	<u>Observación directa:</u> Observación directa del tema tratado en la reunión intersectorial con los actores

ejemplos: no fumar en el consultorio, siembra de plantas medicinales en el patio, designación de un área pública para realizar actividad física, incorporación de ancianos que viven solos a comedores estatales, etc.	sociales de la comunidad y constatación de la política pública saludable <u>Observación indirecta:</u> preguntas a representantes de organizaciones comunitarias
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 2.19 Número de **promotores de salud formados** en la comunidad

Definición operativa	Medio de verificación
Son personas, usuarios de salud, pacientes o algún actor social capacitado que pueda servir como divulgador, educador en sus pares.	<u>Observación directa:</u> Observación directa de las actividades realizadas por el personal capacitado <u>Observación indirecta:</u> preguntas a pacientes o usuarios de salud capacitados y representantes de organizaciones comunitarias capacitados

#### 2.20 Grado de cumplimiento de **puericultura prenatal**

Definición operativa	Medio de verificación
Actividades educativas y de preparación dirigidas a los futuros padres sobre el cuidado del bebé, se realiza en el tercer trimestre del embarazo, Ej. Cuidados del recién nacido, lactancia materna, diarrea transicional, posición al dormir etc. Puede hacerse de manera individual o grupal	<u>Observación directa:</u> Observación directa de la realización de las actividades educativas <u>Observación indirecta:</u> se verifica el registro de actividades en el carnet obstétrico. Se pregunta a la embarazada y a la familia.

#### 2.21 Grado de cumplimiento de **puericultura posnatal**

Definición operativa	Medio de verificación
Actividades educativas y de preparación dirigidas a los padres sobre el cuidado del recién nacido, lactante, pre-escolar...hasta los 18 años. Ej se ofrecen y se comparte orientación según la edad el niño/a. Puede hacerse de manera individual o grupal	<u>Observación directa:</u> Observación directa de la realización de las actividades educativas. <u>Observación indirecta:</u> se verifica el registro de actividades en la HC del niño/a. Se pregunta a la madre.

2.22 Grado de seguimiento, monitoreo y evaluación de las tareas del **plan de acción terapéutico individual**

Definición operativa	Medio de verificación
<p>Presentación resumida de las tareas que debe realizar el paciente para controlar, manejar y disminuir las consecuencias de una enfermedad, responde a las preguntas: qué tarea, como la hará, cuantas veces, por cuanto tiempo, cuando, donde, con quien, con qué, etc. Ejemplo: realización de actividad física, técnicas de relajación para el estrés. Estas tareas deben ser seguidas, monitoreadas por el médico para chequear su cumplimiento</p>	<p><u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro usuario de salud- médico de familia</p> <p><u>Observación indirecta:</u> Se verifica si se refleja el seguimiento del cumplimiento de la tarea en la Historia Clínica (HC) familiar, se pregunta al paciente</p>

**Dimensión Actitudinal**

3.1 Nivel de **toma de decisiones compartidas** con los usuarios de salud

Definición operativa	Medio de verificación
<p><u>A nivel personal:</u> Acontece cuando él o la médico de familia trabaja junto al usuario de salud para decidir de manera colaborativa entre ambos como tratar y manejar los problemas de salud, ejemplo al elegir un tratamiento se valoran los pro y los contras, algún exámen complementario, una cirugía etc.</p> <p><u>A nivel comunitario:</u> Acontece cuando él o la médico de familia trabaja junto a los actores sociales de la comunidad para decidir de manera colaborativa entre ambos como abordar los problemas de salud comunitarios</p>	<p><u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro médico-usuario de salud/ médico- actores sociales de la comunidad</p> <p><u>Observación indirecta:</u> Se verifica en la HC individual y en el documento del ASIS ASIS□ análisis de la situación de salud</p>

3.2 Grado de aceptación de la **dignidad y diversidad** de individuos, grupos, familias y comunidades

Definición operativa	Medio de verificación
<p>Aceptación de todas las personas por</p>	<p><u>Observación directa:</u></p>

igual, sin discriminación de ningún tipo, con un trato digno y respetuoso	Se observa en el encuentro médico-usuario de salud/ médico- actores sociales de la comunidad <u>Observación indirecta:</u> Se verifica en la HC individual, HC familiar y en el documento del ASIS. Se pregunta a pacientes y actores sociales de la comunidad
---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.3 Grado de **imparcialidad y justicia** en las actividades educativas y de abogacía

Definición operativa	Medio de verificación
Actuar del médico en razón, de una forma equitativa, justa, neutral, sin parcializarse por simpatías, preferencias o prejuicios de ningún tipo en cuanto a persona, grupo, familia, comunidad	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro médico-usuario de salud/ médico- actores sociales de la comunidad <u>Observación indirecta:</u> Se verifica en la HC individual, HC familiar y en el documento del ASIS. Se pregunta a pacientes y actores sociales de la comunidad

### 3.4 Nivel de desempeño **transparente, ético y responsable**

Definición operativa	Medio de verificación
Actuar del médico de forma respetuosa, humana, responsable y transparente	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro médico-usuario de salud/ médico- actores sociales de la comunidad <u>Observación indirecta:</u> Se verifica en la HC individual, HC familiar y en el documento del ASIS. Se pregunta a pacientes y actores sociales de la comunidad

### 3.5 Grado de **interés y compromiso** con las actividades de promoción de salud

Definición operativa	Medio de verificación
Mostrar interés en las actividades de promoción de salud y comprometimiento con ellas, como un deber y responsabilidad del médico de	<u>Observación directa:</u> Se observa en el encuentro médico-usuario de salud/ médico- actores sociales de la comunidad

atención primaria	<u>Observación indirecta</u> : Se verifica en la HC individual, HC familiar y en el documento del ASIS. Se pregunta a pacientes y actores sociales de la comunidad
-------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## CONCLUSIONES

La propuesta puede servir de marco no solo a tutores docentes, sino a supervisores de atención primaria y del área de promoción de salud, aunque hay conceptos "novedosos" incluidos en los indicadores que aún no están en el plan de estudio ni en el texto básico de la especialidad; estos términos no son tan novedosos sino que están reorganizados de manera de sistematizar mejor el trabajo y se explican en las definiciones operativas, además el grupo de desarrollo de la PdS en MGI<sup>22</sup>, -grupos de médicos interesados en la promoción de salud -ha publicado en revistas cubanas algunos artículos sobre estos términos.

## RECOMENDACIONES

- Validar la propuesta con especialistas de MGI interesados en el tema.
- Redactar materiales docentes que estructuren y actualicen la enseñanza de la PdS en MGI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Santa Cruz DI, Caballero Báez JA, Díaz Díaz AA, Vázquez Peña LL. Fundamentos teóricos del desempeño de los médicos y enfermeros en el manejo de la Rabia. *AMC*, 2018,22(4):486-499.
2. Cunill López ME, Valcárcel Izquierdo N, Peñalver Cruz A, Pérez Fernández Y. Proceso de evaluación del desempeño del residente de Ginecología y Obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán". *EducMedSuper*, 2018, 32 (4) :70-79
3. Bravo Acosta T, Añorga Morales JA, Cardoso Camejo L. Propuesta de dimensiones e indicadores para evaluar el desempeño profesional de los especialistas en medicina física y rehabilitación de La Habana. *Rev. Panorama. Cuba y Salud* 2019; 14(1): 91-98. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>
4. Hamdy H. AMEE Guide Supplements: Workplace-based assessment as an educational tool. *Guide supplement 31.1--viewpoint. Med Teach*. 2009 Jan;31(1):59-60.
5. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Evaluación para el aprendizaje en ciencias de la salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. 2018.
6. Añorga Morales J, Robau Shelton DL, Magaz Cáceres G, Caballero Cárdenas E, del Toro González AJ, Valcárcel Izquierdo N, ET AL. Glosario de términos de la educación avanzada. Ciudad de la Habana. 2008. Material digital

7. Colectivo de autores. Plan de Estudio y Programa de Especialidad Medicina General Integral. Dirección Nacional de Docencia Ministerio de Salud Pública Cuba, 2018
8. Modelo 36-37. Tarjeta de evaluación del residente MGI. Ministerio de Salud Pública. Docencia Médica Superior. 2018
9. Instructivo para el llenado de la tarjeta de evaluación del residente de MGI. (Modelo 36-37)
10. Karen A. Friedman, John Raimo, Kelly Spielmann, Saima Chaudhry Resident dashboards: helping your clinical competency committee visualize trainees' key performance indicators. *Med Educ Online*. 2016; 21: 10.3402/meo.v21.29838.
11. Fei Chen, Harendra Arora, Susan M. Martinelli. Use of Key Performance Indicators to Improve Milestone Assessment in Semi-Annual Clinical Competency Committee Meetings. *J Educ Perioper Med*. 2017 Oct-Dec; 19(4): E611.
- 12.** Hurst YK, Prescott-Clements L. Optimizing workplace-based assessment. *Clinical Teacher*, 2018;15:7-12
13. Gofton W., Dudek, N., Barton, G., and Bhanji, F. Work Based Assessment Implementation Guide: Formative tips for medical teaching practice. 1st ed. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2017 pg. 1-12
14. van der Vleuten C and B Verhoeven. In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. 2013. *Anz Journal of Surgery*. 83: 454-9.
15. Crossley J, G Johnson, J Booth and W Wade. Good questions, good answers: construct alignment improves the performance of workplace-based assessment scales. *Medical Education*. 2011. 45(6): 560-9.
16. Rekman J, S Hamstra, N Dudek, T Wood, C Seabrook and W Gofton. A new instrument for assessing resident competence in surgical clinic: the Ottawa Clinic Assessment Tool (OCAT). *Journal of Surgical Education*. 2016. 73(4): 575-82.
17. Ten Cate O. A primer on entrustable professional activities. *Korean J Med Educ*. 2018 Mar;30(1):1-10.
18. Ruiz Moral R. Observación directa de los residentes. Aspectos muy prácticos para tutores y jefes de estudio. *Actualizaciones en educación médica / octubre 2017 / metodología docente / evaluativa*. Disponible en: <http://www.doctutor.es/2017/10/06/observacion-directa-de-los-residentes-aspectos-muy-practicos-para-tutores-y-jefes-de-estudios/>
19. Miller GE. The assessment of Clinical Skills / Competence / Performance. *Academic Medicine*. 1990 ; 65(9):563-7; Disponible en: <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>
20. Saura Llamas J. Instrumentos de evaluación y su correlación en la Pirámide de Miller. *Actualizaciones en educación médica* . publicada septiembre 11, 2012 · actualizado enero 7, 2015.

Disponible en: <http://www.doctutor.es/2012/09/11/instrumentos-de-evaluacion-clasificacion-de-acuerdo-a-piramide-de-milller/>

21. Colectivo de autores. Programa de trabajo del médico y enfermera de familia. Editorial de Ciencias Médicas. Ciudad Habana. 2011
22. Grupo de trabajo: promoción de salud en MGI en la SOCUMEFA. Santiago de Cuba. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana, CIMF. X Seminario Internacional de Atención Primaria [citado 6 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/97/5>

9