

**Modelo integrador para la formación en promoción de
salud de especialistas en Medicina General Integral**
Integrating model for training in health promotion for specialists
in Comprehensive General Medicine

Rolando Bonal Ruiz^{1*}

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Policlínico Universitario "Ramón López Peña". Cuba.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico:

RESUMEN

Fundamento: concurren diferentes enfoques y modelos para abordar la enseñanza y práctica de la promoción de salud en la medicina familiar a nivel internacional; sin embargo, en Cuba no existía un modelo integrador para su implementación en este ámbito.

Objetivo: diseñar un modelo integrador para la formación en promoción de salud de residentes y especialistas de Medicina General Integral.

Métodos: se realizó una investigación de desarrollo en el Policlínico Universitario "Ramón López Peña" en el curso académico 2018-2019; se usaron métodos teóricos: histórico-lógico,

analítico-sintético, inductivo-deductivo y la modelación, y de nivel empírico: la revisión documental, y para la valoración del producto la reunión de consenso.

Resultados: se presentó una definición del modelo integrador realizado sobre la base de un proceso de abstracción, inducción y deducción de modelos internacionales; se describió su marco epistemológico, el contexto social en que se inserta, la representación gráfica, la explicación de cada dimensión, sus criterios de uso, las formas de instrumentación y evaluación.

Conclusiones: el modelo propuesto resultó adecuado según el criterio de los especialistas consultados, quienes lo consideraron pertinente, efectivo, viable, relevante y factible de ser aplicado en el contexto para el cual se diseñó.

DeSC: promoción de la salud; medicina familiar y comunitaria; educación médica.

ABSTRACT

Background: There are different approaches and models to address the teaching and practice of health promotion in family medicine at international level; however, in Cuba there was not any integrating model for its implementation in this area.

Objective: to design an integrating model for training in health promotion for residents and specialists in Comprehensive General Medicine.

Methods: a development research was carried out at "Ramón López Peña" University Polyclinic in the 2018-2019 academic year; Theoretical methods were used: historical-logical, analytical-synthetic, inductive-deductive and modeling, and empirical level ones: the documentary review, and the consensus meeting for the valuation of the product.

Results: a definition of the integrating model was carried out based on a process of abstraction, induction and deduction of international models; its epistemological framework was described, the social context in which it is inserted, the graphic representation, the explanation of each dimension, its criteria of use, and the forms of instrumentation and evaluation.

Conclusions: the proposed model was adequate according to the criteria of the specialists consulted, who considered it relevant, effective, viable, relevant and feasible to be applied in the context it was designed for.

MeSH: health promotion; family practice; education, medical.

Recibido: 11/02/2019

Aprobado: 02/09/2019

INTRODUCCIÓN

Los modelos son representaciones simplificadas de una realidad, o de un fenómeno u objeto; el que aquí se presenta se refiere a la enseñanza y práctica de la promoción de salud en la medicina familiar.

La medicina familiar y comunitaria es una especialidad clínica con un fuerte componente psicosocial.⁽¹⁾ Existe a nivel internacional con un cuerpo doctrinario propio, principios generales comunes y sistema de estandarización.^(2,3) Aunque su enseñanza y práctica varían según las características socioeconómicas, políticas e ideológicas de cada país, también se ajusta a la realidad y contexto según las necesidades nacionales, locales y las características de los sistemas de salud.⁽⁴⁾

Entre los elementos primordiales de la enseñanza y práctica de la medicina familiar está la promoción de salud; en ocasiones es controversial su aplicación en este ámbito, aunque es común verla desde la salud pública;⁽⁵⁾ es difícil incorporarla al escenario clínico si se siguen los principios y cada uno de los campos de acción definidos para ella en las conferencias mundiales, disponibles en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>

La aplicación de la promoción de salud al área clínica del médico de familia ha tenido varias interpretaciones según la visión y el modo de vida inherente al sistema y formación económica social de que se trate, por lo que existen varios modelos y enfoques para ejecutarla a nivel internacional. Este autor en trabajo previo ha identificado nueve modelos y enfoques no excluyentes, algunos con aspectos efectivos considerados susceptibles de ser incorporados siguiendo la ley dialéctica de la negación de la negación que favorece el desarrollo en espiral. Es necesario construir un modelo que incluya los aspectos positivos de cada enfoque revisado sin perder la esencia de los principios fundamentales de la promoción de salud, ajustándolos al sistema político social cubano. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación fue: diseñar un modelo integrador para la formación en promoción de salud en residentes y especialistas de Medicina General Integral.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo en el Policlínico Docente Universitario “Ramón López Peña” en el curso académico 2018-2019; cuyo objeto de estudio fue un diseño integrador donde confluyen varios enfoques internacionales sobre promoción de salud, los cuales fueron adaptados a los reclamos de la medicina familiar cubana.

En el nivel teórico se usaron los métodos siguientes:

Histórico-lógico: favoreció realizar un recorrido evolutivo de la interpretación y aplicación en la enseñanza y práctica de la promoción de salud en los diferentes contextos de la medicina familiar internacional.

Analítico-sintético: se utilizó para analizar los diferentes modelos internacionales identificados y agruparlos en valoraciones en forma sintetizada.

Inductivo-deductivo: se consideró al movilizar el pensamiento en afirmaciones que van de un carácter particular a lo general, pasando de lo abstracto a lo concreto.

Modelación: facilitó el proceso de abstracción para el diseño del modelo teórico integrador propuesto.

En el nivel empírico se usaron la revisión de literatura científica clave sobre medicina familiar a nivel internacional: libros de textos de la especialidad y sobre promoción de salud de los últimos 10 años; del análisis de esta literatura se interpretaron nueve modelos y enfoques de enseñanza y práctica de la promoción de salud en medicina familiar; y como resultado de un proceso de abstracción y modelación se diseñó un modelo integrador para la formación en promoción de salud de residentes y especialistas de Medicina General Integral.

El producto diseñado fue sometido a análisis de validación, a través de una reunión de consenso, con nueve especialistas en Medicina General Integral con más de 10 años de graduados, experiencias en actividades de promoción de salud a nivel asistencial, categorías docentes superiores (auxiliares), investigativas (auxiliares) y grados científicos (másteres y/o doctores en ciencias, específicamente en ciencias de la educación o de promoción y educación para la salud). Se consideró que tuvieran reconocido prestigio en su área, motivación intrínseca, disponibilidad de tiempo, interés por el tema e integridad intelectual; a todos se les pidió el consentimiento informado, y fue entregada y recibida la aceptación del comité de ética de la unidad laboral del autor para realizar este procedimiento con los especialistas. Los indicadores fueron la pertinencia, efectividad, viabilidad, relevancia y factibilidad del producto para su aplicación.

RESULTADOS

Como resultado de la variedad de interpretaciones que en la medicina familiar se hace de la promoción de salud en los distintos contextos internacionales, se hizo una revisión previa en la literatura científica en la que fueron identificados nueve modelos y enfoques de promoción de salud en la enseñanza y práctica de medicina familiar: 1) biomédico, 2) educativo, 3) de comportamientos/estilos de vida, 4) de empoderamiento, 5) de etapas de vida, 6) socio-ambiental, 7) de desigualdades sociales en salud, 8) ecológico y 9) salutogénico.

Se usaron indistintamente las palabras modelos y enfoques pues en la literatura internacional se usan estos términos intercambiabilmente.^(6,7)

Como resultado del análisis, interpretación y caracterización de los mencionados enfoques se infirió un modelo teórico –que podría ser también un modelo pedagógico- para la formación en promoción de salud de residentes de la especialidad en Medicina General Integral, constituido y fundamentado sobre la base de un proceso de abstracción, deducción e inducción de otros modelos internacionales, de cuyo análisis e interpretación se conformó uno propio, ajustado al contexto nacional que responde a las necesidades históricas actuales.

El modelo resultado se ajusta a la siguiente definición: “Modelo de promoción de salud para el escenario clínico de la medicina familiar que se desarrolla a nivel personal, grupal-familiar y socio-comunitario, de una manera participativa y resiliente; que involucra activamente en el control de su propia salud a la persona, su familia, grupo de pares, a los actores sociales de la comunidad (sectores, instituciones, organizaciones, organismos, líderes naturales) y a los miembros del equipo de salud de forma colaborativa, equitativa, defensora de la salud, centrándose en las personas y actuando sobre los determinantes físico, mental, emocional, social, ambiental y espiritual, que toma en cuenta los aspectos positivos del medio ambiente circundante, de modo que propicia la autorresponsabilidad compartida de la salud y es sostenible en el tiempo”.

Descripción del modelo

Sus destinatarios finales son los residentes y especialistas de Medicina General Integral.

Se estructura y caracteriza según las recomendaciones de Marimón Carrazana et al.:⁽⁸⁾

Marco epistemológico (fundamentación y justificación de su necesidad): es necesario debido a la complejidad teórica y práctica de la promoción de salud, la variedad de sus campos de acción no siempre ajustables al trabajo clínico del médico asistencial, la dificultad que

implica preparar una buena actividad de promoción de salud por sus requisitos, y las paradojas existentes: en la entre la atención al paciente y la atención a la “persona” de forma integral, el abordaje de los comportamientos no saludables y el de los determinantes sociales de salud, el abordaje individual y el colectivo, los profesionales de la salud pública y los profesionales “de la enfermedad”, los indicadores de salud y los de enfermedad, el modelo de déficits y el modelo de “activos de salud”, entre la salud como gasto y la salud como inversión.^(9,10,11)

- a. Contexto social en el que se inserta el modelo: es un contexto socioeconómico socialista, marxista leninista, fidelista, humanista, organizado con todos y por el bien de todos, “... fundado en el trabajo, la dignidad, el humanismo y la ética de sus ciudadanos para el disfrute de la libertad, la equidad, la igualdad, la solidaridad, el bienestar y la prosperidad individual y colectiva”.⁽¹²⁾ Interactúa con los principios de la atención primaria de salud cubana, con la concepción fidelista del médico de familia de estar en el centro de los problemas de salud en la comunidad, con la construcción de una sociedad más justa, más humana, donde el hombre es amigo del hombre y no su verdugo. La representación gráfica del modelo puede observarse en la Figura 1.

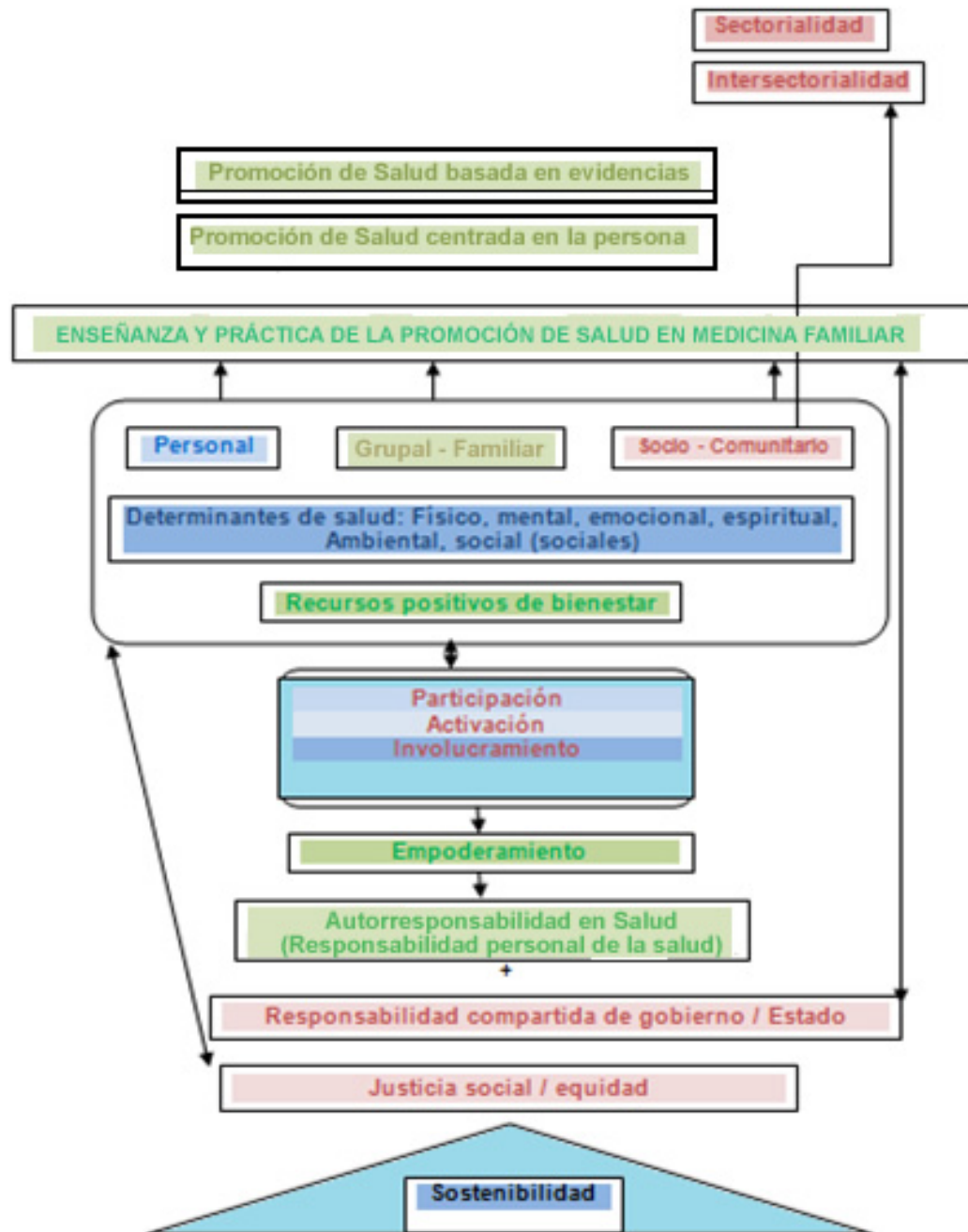


Fig. 1. Representación gráfica del modelo de promoción de salud.

Fuente: elaboración propia.

- b. Explicación (significados, exigencias, criterio de uso, argumentación sobre sus cualidades): contiene varias categorías que permiten guiar al médico de familia en las dimensiones y algunas visiones en que puede promocionar la salud.

Capacidad del médico de familia para desarrollar en el usuario la promoción de salud en las siguientes dimensiones:

- Dimensión física: estimular los mecanismos funcionales del cuerpo.
Criterios de uso: prescribiendo actividades físicas.
- Dimensión mental: capacidad de enfrentarse exitosamente al estrés de la vida diaria, significa estimular a pensar claro y coherentemente, ser socialmente competente, emocionalmente estable, entusiasta.⁽¹³⁾
Criterios de uso: el médico junto al equipo de salud principalmente psicólogo/a estimulará el desarrollo de las habilidades sociales para la vida y habilidades de resiliencia, estimulará además ejercicios para desarrollar la creatividad en niños y jóvenes y para desarrollar actividades mentales en pacientes con riesgos de demencia senil.
- Dimensión emocional: capacidad de reconocer emociones como el enojo, la alegría, miedo, placer, angustia y expresarla apropiadamente.
Criterios de uso: el médico ofrecerá recursos psicológicos o remitirá a la persona a especialistas para que lo ayuden a lidiar adecuadamente con estas emociones y/o prescribirá recursos comunitarios para enseñar a convivir con ellas.
- Dimensión espiritual: capacidad para conectarse con creencias y fe en algo superior con el fin de alcanzar la paz mental y con uno mismo, conectarse con recursos no materiales que estimulen el bienestar subjetivo.⁽¹⁴⁾
Criterios de uso: no significa incentivar la religión, sino reforzar las creencias existentes, siempre y cuando no contradigan los principios científicos de la medicina, con el fin de mejorar el bienestar y la satisfacción en salud, son otros ejemplos: prescribir libros placenteros, música y otras manifestaciones artísticas, actividades como el taichí, meditación, contacto con la naturaleza, etc.

- **Dimensión ambiental:** capacidad para reconocer los factores ambientales circundantes que afectan la salud y actuar en consecuencia.
Criterios de uso: el médico creará conciencia sobre factores del medio ambiente que afectan la salud, por ejemplo, en cuestiones de saneamiento básico en la comunidad.
- **Dimensión social:** capacidad de hacer y mantener relaciones con otras personas.
Criterios de uso: el médico buscará la red de apoyo social en pacientes que lo precisen o contribuirá a su formación si se necesitase.
- **Dimensión macrosocial:** capacidad para satisfacer las aspiraciones y necesidades básicas de alimentación, vestido y amparo, que se garanticen los derechos humanos básicos y no exista marginalización ni discriminación de ningún tipo.
Criterios de uso: el médico influirá en los decisores de su comunidad y/o localidad para ayudar a los más desfavorecidos cuyos problemas y desigualdades sociales les afecten su salud, bajo el principio de abogacía de salud y justicia social.
- **Empoderamiento individual del usuario de salud:** es un proceso que permite ejercer una mayor influencia sobre la salud individual mediante el aumento de sus capacidades a la persona usuaria del sistema de salud, para obtener un mayor control sobre los problemas que ellos mismos definen como importantes.
Criterios de uso: el médico proporcionará herramientas que hagan que el paciente tome mayor control sobre sus problemas de salud; se pone de manifiesto en la educación personal para el autocuidado/automanejo en la entrevista motivacional; ejemplo de esas herramientas son la colocación de metas y el plan de acción personal.
- **Empoderamiento colectivo de los usuarios de salud:** es un proceso que da a los grupos el poder de expresar sus necesidades y tomar medidas para satisfacerlas y mejorar la calidad de vida.

Santa Clara oct.-dic.

Criterios de uso: mediante un proceso colaborativo y dialógico el médico ofrece al grupo de pares y a los actores sociales de la comunidad la posibilidad de expresar sus necesidades y problemas de salud, y colectivamente ofrecer soluciones. Ejemplo de este proceso se pone de manifiesto en las consultas con educación grupal de pares (consulta grupal) y en el consejo comunitario de salud donde se realice participativamente el análisis de la situación de salud y se tracen soluciones a los problemas prioritarios.

- Participación del usuario de salud: gira en torno a los derechos y oportunidades del paciente para influir y participar en la toma de decisiones sobre su atención a través de un diálogo adaptado a sus preferencias, potencial y combinación de su experiencia y el conocimiento experto profesional.

Criterios de uso: el médico colaborativamente da la oportunidad al usuario de la atención sanitaria para expresar sus opiniones, preferencias e inquietudes. Se pone de manifiesto en la consulta, en las visitas de terreno y en la educación y consejería personal al usuario.

- Participación colectiva de los usuarios de salud: es la contribución de los pacientes o sus organizaciones representativas en la configuración de los servicios de salud y asistencia social mediante el involucramiento activo en una serie de actividades a nivel individual, organizacional y de políticas que combinan el conocimiento experiencial y profesional.

Criterios de uso: el médico colaborativamente da la oportunidad a los usuarios de la atención sanitaria para expresar sus opiniones, preferencias e inquietudes. Se pone de manifiesto en los grupos educativos, las consultas grupales y en el consejo comunitario de salud.

- Enfoque centrado en la persona: supone una actitud biopsicosocial que tiene como objetivo brindar una atención respetuosa, individualizada y fortalecedora. Implica la participación individual del paciente y se basa en una relación de confianza mutua, sensibilidad, empatía y conocimiento compartido.⁽¹⁵⁾

Criterios de uso: el médico alejado de una actitud paternalista o autoritaria, escucha al paciente, dialoga, colabora y le permite participar en sus decisiones de una forma compartida.

c. Formas de instrumentación (recomendaciones, alternativas variantes):

- Se recomienda explicar el modelo propuesto en cualquier forma organizativa docente en Medicina General Integral: conferencias magistrales, talleres, seminarios, etc., teniendo en cuenta que cualquier actividad de este tipo debe considerar lo siguiente: no basta con informar o comunicar; deben involucrarse la esfera cognoscitiva, afectiva y conativa-conductual para que el usuario se active y participe en el control de su propia salud, de una forma colaborativa y de decisiones compartidas, estimulando la resiliencia y la autoconfianza; incorporando a los actores sociales del barrio, los recursos intersectoriales y comunitarios de bienestar (de la localidad y/o municipio) y utilizando de ser posible tecnologías e intervenciones basadas en evidencias científicas de efectividad; esto debe hacerse no solo a nivel personal, sino con los grupos de pares, familia y a nivel socio-comunitario en todas las etapas de la vida, a fin de lograr la responsabilidad personal y estatal en salud, con sentido ético, de justicia social y equidad.

d. Evaluación:

- A través de la educación en el trabajo se verificará la aplicación de cada dimensión del modelo, utilizando una guía de observación que contenga, además, los indicadores de evaluación del aprendizaje sobre el desarrollo de las competencias de promoción de salud (conocimientos, actitudes, habilidades, valores).⁽¹⁶⁾ En la evaluación distal se constatará si se incorpora o no el modelo en los planes curriculares formales e informales, y en el desempeño del galeno.

Los criterios emitidos por los especialistas sobre el modelo fueron favorables para todos los aspectos por su pertinencia, efectividad, viabilidad, relevancia y factibilidad; resultó aprobado para su aplicación, y se considera generalizable en cualquier contexto donde se ejerza la medicina familiar y en la docencia de los futuros especialistas.

CONCLUSIONES

Debido a la amplitud, complejidad y diversidad de los modelos de enseñanza y práctica de la promoción de salud en la medicina familiar a nivel internacional, algunos contradictorios y provenientes de diferentes posiciones teóricas, se logró diseñar un modelo propio, simplificado, que puede servir de instrumento y guía para la formación en promoción de salud del médico de familia cubano, residente o especialista. El producto final fue validado como adecuado, pertinente, efectivo, viable, relevante y factible de ser aplicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Calvo S. Un breve comentario sobre el modelo de Medicina Familiar en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 04/04/2018];32(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400012&lng=es
2. Yeung E. Comparing family medicine residency training in Canada and the United Kingdom. CMAJ [Internet]. 2019 [citado 02/04/2018];191(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/190/41/E1235>
3. Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;12(supl. 1):47-60.
4. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et al. El programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado <http://www.revedumecentro.sld.cu>

02/04/2018]; 42: (e31): [aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34902/v42e312018.pdf?sequence=5>

5. Morley CP, Rosas SR, Mishori R, Jordan W, Jarris YS, Competencies Work Group FMH, Prunuske J. Essential Public Health Competencies for Medical Students: Establishing a Consensus in Family Medicine. *Teach Learn Med.* 2017;29(3):255-267.

6. Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Glob Health Promot.* 2013;20(2):30-8.

7. Lindmark U, Wagman P, Wahlin C, Rolander B. Workplace health in dental care a salutogenic approach. *Int J Dent Hyg.* 2018;16(1):103-113.

8. Marimón Carrazana JA, Guelmes Valdés EA. Aproximación al modelo como resultado científico. Villa Clara: Centro de Estudios de Ciencias Pedagógicas "Félix Varela"; 2003.

9. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (eds). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives.* European Series 92. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Publications; 2001.

10. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavila-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit [Internet].* 2017 [citado 25/02/2018]; (31): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/cinco-paradojas-promocion-salud/articulo/S0213911117300316/>

11. Pupo Ávila NL, Hernández Gómez LC, Presno Labrador C. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2017 [citado 22/04/2018]; 36(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000200007

12. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Gaceta Oficial de Cuba; 2019.

13. Alonso Gómez R, Lorenzo Reina L, Flores Méndez I, Martín García J, García Briñol L. El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria [Internet].* 2019 [citado 12/04/2018]; 51(5): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718304116>

14. Isaac KS, Hay JL, Lubetkin EI. Incorporating Spirituality in Primary Care. *J Relig Health*. 2016;55(3):1065-77.
15. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016;99(12):1923-1939.
16. 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 [Internet]*. 2017 [citado 08/04/2018]; 24(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300081>

Declaración de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Este artículo está publicado bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)