



Actividades profesionales encomendables en la formación sanitaria posgraduada, a propósito de la promoción de salud.

Professional activities entrustable in postgraduate health training, regarding health promotion.

Dr. Rolando Bonal Ruiz ¹, Dra. Reina Sotomayor Escalona ², Dra. Odette Garrido Amable.³

- 1 Especialista de I y II grado de MGI, profesor auxiliar, investigador auxiliar. Máster en longevidad satisfactoria. Policlínico "Ramón López Peña". Facultad No 2 de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. rolandobonal@infomed.sld.cu. ORCID: [0000-0001-6528-1083](https://orcid.org/0000-0001-6528-1083)
- 2 Especialista de I grado de MGI, profesor asistente. Máster en medicina bioenergética. Departamento de Medicina General Integral Facultad No 2 de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. rescalona@infomed.sld.cu. ORCID: [0000-0002-9724-2473](https://orcid.org/0000-0002-9724-2473)
- 3 Especialista de I y II grado de MGI, profesora auxiliar, investigadora auxiliar. Máster en Educación Médica y en Longevidad Satisfactoria. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad Habana. odette@infomed.sld.cu. ORCID: [0000-0002-8142-3042](https://orcid.org/0000-0002-8142-3042)

Correspondencia: rolandobonal@infomed.sld.cu

RESUMEN

Contexto: la formación en ciencias de salud basada en competencias (FCSBC), se está adoptando con toda seriedad en muchas instituciones a nivel mundial. El uso de las actividades profesionales encomendables, constituye un enfoque emergente que intenta operativizar esta formación en tareas concretas, propias de la especialidad o sub-especialidad ¿está la promoción de salud centrada en este enfoque?

Objetivos: Reflexionar sobre el enfoque de actividades profesionales encomendables o confiables, su vinculación con la promoción de salud y la importancia de desarrollar este enfoque en los distintos escenarios de este ámbito

Métodos: los autores exploran sobre este enfoque, en base a una revisión de la literatura contemporánea, utilizada en las bases de datos Medline, Pubmed y Lilacs.

Resultados: A pesar de los marcos de competencias existentes en la promoción de salud, de los beneficios y críticas que se han hecho al enfoque de la FCSBC y a las propias actividades profesionales encomendables, este enfoque no se ha adoptado. Predomina el diseño de plan de estudio basado en contenidos, centrado en el profesor y otros componentes del estilo tradicional.

Conclusiones: los autores dan una visión general de las actividades profesionales encomendables, sus beneficios, ventajas y sugieren incluir este enfoque en las distintas formaciones de los diferentes escenarios donde se desarrolle la promoción de salud, no solo en el pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo.

Palabras claves: formación basada en competencias, promoción de salud, actividades profesionales encomendables.

ABSTRACT

Context: training in competency-based health sciences (TCBHS), is being taken seriously in many institutions worldwide. The use of entrustable professional activities constitutes an emerging approach that attempts to operationalize this training in specific tasks, specific to the specialty or sub-specialty. Is health promotion focused on this approach?

Methods: the authors explore this approach, based on a review of contemporary literature, used in the medline, pubmed and lilacs databases.

Results: Despite the existing competency frameworks in health promotion, the benefits and criticisms that have been made to the FCSBC approach and the entrustable professional activities themselves, this approach has not been adopted. The design of content-based curriculum, centered on the teacher and other components of the traditional style prevails.

Conclusions: the authors give an overview of the entrustable professional activities, their benefits, advantages and suggest including this approach in the different formations of the different scenarios where the health promotion is developed, not only in the undergraduate, postgraduate and continuous professional development, but in the different clinical and health specialties.

Keywords: competencias -based training, health promotion, entrustable professional activities

INTRODUCCIÓN

Las actividades profesionales encomendables o tareas confiadas, en algunas traducciones al español se les llama actividades profesionales confiables (APROC)¹, constituyen un campo emergente dentro de la educación y formación médica –en este escrito nos referimos a la formación sanitaria o en ciencias de la salud- pues no solo es a los médicos a quienes se educa o se forma en el ámbito de salud²

Las actividades profesionales confiables, traducidas del inglés, “entrustable professional activities” , (EPAs por sus siglas en inglés) constituyen un área que en los últimos años se desarrollan de una manera vertiginosa, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico³ ; es una concepción desarrollada en el año 2005 por el educador médico holandés Ollen ten Cate. ⁴ Se definen como las tareas o actividades esenciales que debe desarrollar un especialista en su área

de atención, una vez que demuestre que es confiable y competente para desarrollar dichas tareas, sin supervisión.

Una actividad profesional encomendable tiene las siguientes características: tarea de gran importancia para la práctica diaria, precisa de conocimientos, habilidades y actitudes ; da lugar a resultados reconocidos en la sub-especialidad o especialidad ; son propias de especialistas cualificados ; ejecutable dentro de unos límites temporales ; tienen que llegar a realizarse de forma independiente por el aprendiz ; son observables y medibles, tanto en su proceso como en sus resultados, para poder obtener conclusiones (se es fiable/ no es fiable) ; deben expresar más de una competencia . ⁵

Este enfoque que se desarrolló primeramente en el área de posgrado para los planes de estudio de especialización en residencias médicas clínicas quirúrgicas⁵, se están extendiendo cada vez más a otras ciencias de la salud, como la enfermería⁶, farmacia⁷ y al área preventiva y de salud pública⁸, se está empleando también en área de pregrado⁹ y de actividades de superación¹⁰, incluso fuera de la salud humana, como es la medicina veterinaria. ¹¹

Las EPA surgieron para cerrar la brecha entre las competencias (conocimientos, habilidades, actitudes, valores) y la práctica¹², pues muchas veces las competencias enseñadas son demasiado teóricas, abstractas y no se corresponde con el desempeño real del educando; en este sentido las EPAs constituyen una forma efectiva de operacionalización de la educación o formación basadas en competencias. ¹³

Las competencias adquiridas sólo se pueden expresar a través de la resolución de tareas complejas, las competencias se expresan en acciones; por tanto en opinión de los autores existe la necesidad de evaluarlas en la práctica cotidiana de los profesionales de la salud.

La educación o formación médica basada en competencias se menciona por primera vez en 1978 en un informe técnico de la organización mundial de la salud¹⁴, pero es hasta los años 2000 que se retoman y revitalizan tanto en las especialidades clínicas, quirúrgicas y salubristas¹⁵. Son notorios en promoción de salud los marcos de competencias identificados en la Conferencia de Galway¹⁶, cuyo objetivo era poner en marcha el debate internacional para construir directrices para las competencias en promoción y educación para la salud. Al final de la Conferencia, se creó, a continuación, el Consenso de Galway¹⁷, que cuenta con siete áreas de competencias de promoción de la salud. El marco de competencia surgido del proyecto: *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP), proyecto de desarrollo de competencias y estándares profesionales para el Desarrollo de Capacidades en Promoción de la Salud en Europa¹⁸ y una iniciativa desarrollada en América Latina y el Caribe por la Organización Panamericana de la salud y el Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina¹⁹. Estos marcos de competencias en promoción de salud,

son dirigidos principalmente a especialistas y funcionarios que se dedican casi exclusivamente a trabajar ese ámbito.

El enfoque de EPAs tiene varios usos, **1) como actividad profesional**, propiamente dicha, que puede confiarse a un aprendiz y que junto a otras EPAs definen operativamente a una profesión o especialidad. No debe confundirse con habilidades o capacidades que tiene las personas. [EPA como actividad profesional] , **2) como diseño de un plan de estudio** con un conjunto de EPAs [EPA como marco curricular], **3) como método de evaluación** aplicando una escala de confiabilidad o supervisión , que evalúa directamente el desempeño en un escenario de trabajo real ; clásicamente en el posgrado se clasifican en 5 niveles a) si permiso para realizar la tarea) ; b) la realiza con supervisión directa (proactiva); c) la realiza con supervisión indirecta (reactiva); d) la realiza solo(a), con supervisión distante; e) la realiza solo(a) resueltamente y puede supervisar a otros aprendices. [EPA como marco para la evaluación docente], **4) como decisión de avance:** se usan los resultados de la evaluación de la EPA (generalmente combinados con otra información de evaluación) para informar los resultados de los estudiantes. ²⁰

En los últimos 10 años cada vez mas especialidades están enfocando sus contenidos, sus diseños curriculares y formas de evaluación hacia la formación basada en competencias y específicamente en los últimos 5 años cada vez más la redefinen en el enfoque de EPAs ²⁰

Por tal motivo el objetivo de este escrito es: reflexionar sobre las generalidades sobre el enfoque de actividades profesionales encomendables o confiables, su vinculación con la promoción de salud y la importancia de desarrollar este enfoque en los distintos escenarios donde se desempeñan los profesionales en el ámbito de la promoción de salud.

MÉTODO:

Se realiza una revisión bibliográfica, en las bases de datos MEDLINE/Pubmed, LILACS, en los últimos 10 años, tanto en idioma inglés con en español, se consultaron 103 artículos, y se seleccionaron 43, más relevantes, se usaron descriptores de búsqueda como: "entrustable professional activities", "competency-based medical education" , "workplace learning", "health promotion"

RESULTADOS

Concepto de promoción de salud, relación con la educación para la salud y ámbitos y escenarios de desempeño.

La carta de Bangkok, desarrollada en la sexta Conferencia Mundial de Promoción de salud, Tailandia, redefine la promoción de salud como *"el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y sus determinantes, y así mejorar su salud"*. ²¹ La adicción a la

definición original (dada en la carta de Ottawa) , ²² de tomar un mayor control sobre los determinantes, sobre todo modificables, sean de comportamientos (estilos de vida), determinantes culturales, ambientales, psicológicos, económicos, sociales, etc. hace que se vaya más allá del control sobre los estilos de vida (comportamientos de salud) para abordar otros determinantes sociales, que impliquen un comprometimiento intersectorial, gubernamental, interinstitucional y multidisciplinario. Hay estrategias y mecanismos para promover salud como son la abogacía de salud, al facilitar para que se alcance el pleno potencial de salud y el mediar a favor de la salud; esto implica educar, capacitar a las personas en salud a través de la educación para la salud, que se convierte en un instrumento de la promoción de salud.

Existen escenarios propicios desde los cuales se puede desarrollar con más amplitud y optimización los componentes anteriores de la promoción de salud, estos son: desde el **escenario de la salud pública:** a través de gestores y funcionarios públicos que interactúan con líderes naturales, gobiernos locales y regionales, medios masivos de comunicación, tecnologías de la información, sectores sociales de bienestar, etc ; desde el **escenario clínico** , donde los profesionales de salud interactúan con el paciente, sus familiares y allegados, con los usuarios de salud, líderes comunitarios e actores sociales de la comunidad, organizaciones políticas y de masas, sociedad civil, instituciones, sectores, etc., desde, el **escenario escolar, laboral, universitario, etc.** En cada escenario, el profesional que practique la promoción de salud, tiene tareas, responsabilidades y actividades específicas de promoción de salud, propias y ajustables a su área de desempeño.

Formación tradicional y formación basada en competencias en promoción de salud

La formación tradicional ha sido la forma más usual de enseñar la promoción de salud ; mientras que la formación en salud pública es el ámbito más abordado en la formación, más formal, donde existen varias formas organizativas de la enseñanza (cursos, posgrados, maestrías, doctorados, especializaciones etc.), el área en el ámbito clínico, sobre todo en la formación de educación médica, de pregrado y posgrado, en especialidades clínicas, ha sido más descuidado y fragmentado ^{23,24}, no obstante hay áreas que se consolidan como es la promoción de salud en el ámbito escolar²⁵ y laboral ²⁶

Existen observaciones que deben tenerse en cuenta en la enseñanza de la promoción de salud en todos los escenarios de desempeño

1. Definir clara y operativamente los conceptos de promoción de salud y educación para la salud, en ocasiones hay inadecuadas traducciones del concepto original dado en el idioma inglés que conllevan a una trabajosa y difícil aplicación al escenario práctico del aprendiz destinatario. *"Es imposible decidir sobre la organización y el contenido de un programa de capacitación en*

promoción de la salud o educación en salud si no tenemos una definición clara y operativa de estos dos conceptos”²⁷.

2. Introducción de la base salubrista de la PdS, bien didáctica a los estudiantes aprendices destinatarios de la formación.

3. Emplear una participación multi-profesional y multidisciplinaria del profesorado sobre todo en la formación del ámbito salubrista, si esto no fuera posible, por la disponibilidad de recursos humanos docentes, puede ser posible personal con una formación integral

4. Considerar que no siempre el mismo contenido impartido, será asimilado por todos los destinatarios que a veces provienen de áreas y profesiones diversas sobre todo en el ámbito salubrista, por tanto es necesario homogenizar las formaciones a destinatarios a una sola profesión, o del mismo escenario, cuando sea posible. En ocasiones existen especialidades autorizadas y aceptadas en la atención primaria de salud, que tienen un cuerpo doctrinario propio²⁸, sin embargo su contenido de promoción de salud se diseña en base a un fuerte componente salubrista, lejos de la práctica de esas especialidades

5. Utilización de métodos docentes modernos y las tendencias más avanzadas en la formación de recursos humanos en salud, tanto en los diseños curriculares como en la evaluación del contenido docente.

No obstante, es un enfoque que ha sido poco desarrollado en países de la región de las Américas, no ha sido bien comprendido y en intentos de instaurarlo, existen fuertes reminiscencia del enfoque tradicional, sobre todo persiste el diseño por contenido basado en el proceso y no en los resultados.

En la siguiente tabla se exponen algunas diferencias entre la formación tradicional y la formación basada en competencias.

Formación tradicional	Formación basada en competencias.
Enfoque centrado en las necesidades del profesor	Enfoque centrados en el educando y en su escenario de actuación
No conexión con la realidad y el entorno	Tiene en cuenta las necesidades cambiantes de la sociedad y sus profesionales
Desconocimientos de los intereses de los educandos y de la necesidad de potenciar sus capacidades y habilidades	Se parte de la necesidad de potenciar las competencias genéricas, transversales y específicas del colectivo
Plan de estudio fragmentado, compartimentado y poco flexible	Plan de estudio integrado y flexible

Clase magistral como metodología única	Metodología diversa, activa y participativa
Educando como receptor pasivo de la información	Educando como agente de su propio aprendizaje
Uso de texto escrito como soporte prioritario	Centrado en otras formas alternativas de aprendizaje, ejemplo aprendizaje virtual
Evaluación formativa basada predominantemente en exámenes escritos	Evaluación formativa basada predominantemente en observación directa de la práctica y otros métodos de desempeño
Evaluaciones parciales sin apenas retroalimentación	Retroalimentación constructivas, constantes
Formación tradicional basada en la enseñanza	Formación basada en el aprendizaje
Se identifican contenidos, núcleos formativos, que no siempre son observables	Se identifican competencias cuidadosamente identificadas, verificadas y conocidas por todas las personas implicadas en el proceso de enseñanza- aprendizaje
Modificado de: Martínez Clares P. Concepto de competencias y formación en ciencias de salud basada en competencias. En: Millán, Palés, Morán. Principio de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Editorial Médica Panamericana. Madrid .2015. ²⁹	

Las competencias son observables en la práctica, integran saberes, conocimientos, habilidades, actitudes, valores, que facilitan la realización de determinadas tareas o actividades cotidianas y esenciales que debe realizar un educando o especialista, esto denota una acción, de ahí que tener competencias no significa ser competente, por tanto éstas solo se definen en situaciones de trabajo reales o lo que es lo mismo en actividades profesionales.

Se pueden adquirir y tener muchos conocimientos obtenidos de los contenidos (tanto generales como específicos) del plan de estudio, e incluso se pueden adquirir conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, de un plan formativo y no ser competente, ser competente equivale a

integrar, combinar y aplicar lo aprendido en una situación real de trabajo (desempeño) a través de una **tarea o actividad propia o esencial** de la especialidad de que se trate.³⁰

De ahí la importancia que se le da actualmente al enfoque de actividades profesionales encomendables o confiables.

Ventajas, beneficios e importancia de las EPAs en sentido general y en particular en el ámbito de la promoción y educación para la salud

- El diseño curricular por EPAs se enfoca en el tiempo en que se alcancen las competencias deseadas, no en un tiempo fijo predeterminado, que exigen las formaciones formales organizativas tradicionales (diplomado, maestría, etc.)
- Permite delimitar las actividades, tareas, responsabilidades propias del ámbito de la promoción y educación para la salud adecuadas a un escenario práctico real (clínico, ocupacional, escolar, de salud pública etc.) , evitando la confusión de enseñar tareas en un escenario específico que sean propios del escenario de la salud pública (por ejemplo no son las mismas tareas, responsabilidades, actividades realizadas por un médico de familia en promoción de salud, que las que realiza un funcionario oficial de ese ámbito ; como no son las mismas tareas que realiza un médico de familia y una enfermera de familia en el propio ámbito de la promoción y educación para la salud)
- El enfoque de EPAs facilita al profesor la evaluación del progreso de sus estudiantes y la identificación de sus niveles de desempeño en actividades propias del escenario de que se trate
- Conectan las competencias con la práctica
- Favorece la flexibilidad que los planes de estudio basados en competencias requieren
- Permite insertar concepciones, modelos teóricos, dimensiones cognoscitivas en una tarea o actividad concreta, esencial y real, lo que facilita una mejor comprensión y aplicabilidad (por ejemplo: la actividad : “realización de consultas grupales por parte de médicos de familia” permite integrar los conocimientos de educación de pares , el modelo de aprendizaje social de Bandura, empoderamiento, actitudes como : comunicación abierta y respetuosa; atención a la diversidad (género, edad, cultura); uso de lenguaje amigable para el paciente ; cumplimiento de los estándares de confidencialidad, respeto la privacidad del paciente.etc)
- Integra en una sola unidad de trabajo o sea en una tarea, responsabilidad o actividad propia de la profesión, varias competencias genéricas , habilidades, ejemplo en la EPA “realización de un plan integral terapéutico ” se integra y se pueden evaluar la comunicación, el profesionalismo, el conocimiento médico y las habilidades de razonamiento clínico , las habilidades de consejería, la identificación de determinantes

sociales de salud, las cuales se integran en una conversación con un paciente. La evaluación de cualquiera de estas competencias por separado no tiene sentido, mientras que la evaluación de la tarea como un todo dentro de un contexto es sensata.³¹

- Reduce, sintetiza en tareas, responsabilidades y actividades concretas, las competencias esenciales, esto evita o reduce las tendencias en los planes de estudio tradicionales a definir largas listas de competencias y sub competencias que resultan difíciles de aplicar en la práctica docente real y pierden su impacto educativo.³²

Promoción de salud y actividades profesionales encomendables

En el caso de la promoción de salud, también se debe incentivar la formación en competencias y más que todo en actividades profesionales confiables, que van más allá de las competencias. Una formación basada en esta visión no debe enfocarse en las necesidades del profesor, en ocasiones con una orientación puramente salubrista, propia de su área de procedencia y alejada del entorno donde se desarrolla la actuación de aquellos profesionales médicos a los que se pretende formar, no tomando en cuenta las características propias de la práctica profesional de los destinatarios, sea área clínica, ocupacional, escolar. Por ejemplo no es lo mismo un enfoque de empoderamiento que se tenga con un paciente al que se quiere habilitar para involucrarse más activamente en su propio plan de autocuidado/ automanejo que el enfoque que desde el área de la educación para la salud tradicional se tiene con un usuario de salud al que se le transmiten pasivamente las informaciones sanitarias. En el caso de la medicina familiar, ésta tiene su propio cuerpo doctrinario y su propia literatura acorde a la situación profesional del galeno, sistematizada en diferentes literaturas de diferentes culturas, pero que componen un accionar homogéneo y universal.³³⁻³⁵ Ejemplo: el componente de abogacía o defensa de la salud con el paciente y en la comunidad que atiende el médico de familia es diferente al componente genérico que trata la salud pública, por tanto el enfoque del contenido de los conocimientos, habilidades, destrezas tienen y deben de ser identificados por el educando o destinatario de la formación, en base a sus experiencias, sentimientos, motivaciones, intuiciones, etc. y no por las necesidades del profesor y de asesores docentes que en ocasiones sirven de expertos.

Aunque algún contenido pueda abordarse desde la interprofesionalidad y la interdisciplinariedad, donde otros profesionales ajenos a la profesión principal puedan impartir y compartir saberes, debe haber una asimilación de conocimientos, y habilidades propias de una especialidad integral, que normalmente agrupa a los componentes biológicos, psicológicos, sociales, sobre todo teniendo en cuenta que otros profesionales aliados están disponibles.

Particularidades de introducción de las EPAs en la subespecialidad de promoción de salud.

No todos los países forman especialistas en promoción de salud, ni en educación para la salud, ni todos los países tienen una disciplina especializada con visos de profesión.³⁶ En algunos países de Europa y América del Norte y Australia, exigen para trabajar en las unidades y centros gerenciales de promoción de salud y educación para la salud ser especialistas en esas materias.³⁷⁻³⁹

Recordar que son actividades profesionales que se pueden encomendar al profesional, que a la vez trabaja en el ámbito de la promoción de salud y a la vez se forma en este escenario (formación/educación en el trabajo) y que se les puede confiar plenamente una tarea, actividad, responsabilidad propias, una vez que demuestre confiabilidad y competencia para llevarla a cabo de forma satisfactoria, esto precisa de supervisores o tutores competentes en el área de trabajo. un desafío para la interiorización, asimilación e implementación de las EPAs, es lograr que los trabajadores de los centros y unidades gerenciales de promoción y educación para la salud tengan una formación profesional, aunque sea una disciplina técnica, en estos ámbitos y escenarios, sean en promoción de salud clínica⁴⁰, promoción de salud escolar,⁴¹ promoción de salud ocupacional⁴², que garanticen una calidad en su desempeño y mayor seguridad y efectividad en las acciones intersectoriales, comunitarias; en el establecimientos, de políticas públicas saludables, acciones ambientales, culturales, etc, tanto a nivel individual, familiar, comunitario y social

Particularidades de introducción de las EPAs de promoción de salud en especialidades clínicas y comunitarias

La mayoría de las especialidades clínicas y comunitarias, como la medicina familiar⁴³, la enfermería familiar y comunitaria⁴⁴, la enfermería práctica comunitaria⁴⁵, la medicina interna comunitaria⁴⁶, la pediatría⁴⁷ etc, tienen responsabilidades, tareas y actividades profesionales propias de la promoción de salud, que no significa solo que hagan actividades de educación para la salud o educación al paciente con que a menudo se reduce y se confunde la promoción de salud, sino otras actividades como la abogacía o defensa de la salud, la prescripción social, el abordaje de las determinantes sociales de salud. Hay varios ejemplos en la literatura de diferentes especialidades que han identificado dentro de las EPAs de su especialidad actividades propias de la promoción de salud, ejemplos: enfermería [participación del paciente (empoderamiento); educación al paciente]⁴⁸; medicina interna en la práctica ambulatoria (consejería por entrevista motivacional)⁴⁶; pediatría (manejo de las determinantes sociales de salud)⁴⁷; medicina general integral (consultas grupales, consejería conductual en estilos de vida, abordaje de determinantes sociales de salud, realización de reuniones comunitarias intersectoriales)⁴⁹

No es adecuado aplicar el contenido de la promoción de salud dirigido a profesionales de la salud pública al contenido de promoción de salud que pudieran asimilar y aplicar los profesionales de las ciencias clínicas

Por ejemplo, de una posible aplicación a la medicina familiar: Sarria Santamera y Villar Fernández en su libro "Promoción de Salud en la Comunidad (2014)", mencionan como métodos de promoción de salud la: **1)** educación para la salud, **2)** la comunicación para la salud y **3)** la participación social en salud y el empoderamiento, pero no son los únicos métodos, ni son necesariamente áreas específicas del contenido de núcleos formativos en promoción de salud en medicina familiar. ⁵⁰

La educación para la salud es un término propio de la salud pública, se define como: "La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad." ⁵¹

En la propia medicina familiar, y en escenario clínico, es más común a nivel internacional, el término "educación al paciente" ^{52,53}, "educación para el empoderamiento del paciente" ⁵⁴, que son más afines a la labor específica del médico de familia; asuntos que se traducen en actividades o tareas más concretas realizadas a nivel individual, grupal o comunitaria

La comunicación en salud es un elemento propio de la educación para la salud, no puede haber comunicación al paciente o colectiva si no existe una efectiva comunicación para la salud.

Hay programas de formación y textos básicos en medicina familiar que incluyen los aspectos y habilidades comunicacionales como un aspecto separado de la promoción de salud. ⁵⁵⁻⁵⁵

En cuanto a la comunicación para la salud, los propios autores Sarria Santamera y Villar Fernández la definen como: "*el proceso de promover salud mediante la diseminación de mensajes a través de los medios masivos de comunicación y determinados canales interpersonales*" ⁵⁰, con esta visión se convierte mas en un contenido propio de funcionarios salubristas del ámbito de la promoción de salud, que de la labor de un médico de familia que rara vez realizan una intervención en los medios masivos de comunicación.

La participación social en salud, fue definida por la Organización Panamericana de Salud como "las acciones a través de las cuales la población (a través de sus líderes) y representantes de instituciones, identifican problemas y necesidades, elaboran propuestas, planifican y llevan a cabo actividades con el fin de promover salud y prevenir enfermedades" ⁵⁶

Este concepto es más aplicable a la realización de un diagnóstico y análisis de la situación de salud, con participación activa de los actores sociales del barrio o de la comunidad a que pertenece el médico de familia.

Hay diferentes concepciones de participación social, en el propio libro de promoción de salud ya citado⁵⁰, la profesora Munugarren incluye como parte de la participación social: la participación comunitaria, las asociaciones, los grupos de autoayuda y autocuidado, los grupos de ayuda mutua, la participación del voluntariado, las acciones intersectoriales

Como se percibe, tanta disimilitud de contenidos teóricos, dificulta la incorporación de competencias y su aplicación práctica en el accionar de un profesional, por ejemplo si este contenido fuera dirigido a un médico de familia. Por eso se refuerza la importancia de diseñar los planes de estudio y su evaluación en base a las ya mencionadas actividades profesionales propia de la especialidad del educando.

Perspectivas de la aplicación de las EPAs en la subespecialidades de promoción de salud y educación para la salud.

La aplicación de las EPAs a las subespecialidades de promoción de salud y educación para la salud, garantizaría que se puedan operativizar mejor las competencias en áreas prácticas

En una reciente evaluación del progreso e impacto de la aplicación del marco de competencias básicas en Europa (CompHP) encontró que solo el 54 % de los encuestados de 25 países de ese continente, utilizaron esas competencias en sus prácticas.⁵⁷ Tal vez si se hubieran empleado un diseño curricular de formación por EPAs, el nivel de aceptación y uso fuera mayor, independientemente del entorno que influya.⁵

Dificultades de aplicación de las EPAs a las formaciones de promoción de salud en ciencias de la salud

La mayoría de las formaciones de promoción de salud (posgrados, diplomados, maestrías, doctorado) son genéricos, o sea dirigidos a distintas profesiones, provenientes de diferentes escenarios de actuación (de procedencia clínica, escolar, de salud pública etc), generalmente son de diferentes ocupaciones, enfermeras, médicos, pedagogos, psicólogos, profesores, licenciados en epidemiología, etc) . Generalmente muchos de ellos no trabajan en el momento de recibir esa capacitación en el área de promoción de salud por lo que se dificulta la asimilación de los contenidos y su futura aplicación clínica en sentido general, por lo que a veces se percibe un fuerte contenido teórico. Es de esperar que muchos de estos aprendices se dediquen posteriormente a la docencia y a la investigación en estos temas y no aun área de desempeño cotidiano.⁵⁸

Por otra parte, muchos de los funcionarios que trabajan en algunos de los centros y unidades de promoción a nivel gerencial, no tuvieron una formación ni teórica, ni empírica en éste ámbito, muchos aprenden la práctica por autoestudio o en la marcha, sobre todo en países que no priorizan, ni exigen como requisito el ingreso en esas unidades o centros de trabajo, que se haya

recibido una disciplina especializada o profesionalizante basada en competencias o en actividades propias encomendables

Se sugiere en la medida de lo posible, pensar en estos asuntos a la hora de diseñar nuevos planes de estudio en promoción de salud, que las organizaciones de las formaciones académicas sean dirigidas a profesionales homogéneos, lo que facilitará mayor interactividad entre aprendices, mayor aplicabilidad práctica y asimilación de contenidos . Al mismo tiempo el enfoque de actividades profesionales encomendables es válido no solo para las formaciones oficiales de promoción de salud y educación para la salud, sino para los practicantes que ya están en las unidades y centros de trabajo de promoción de salud.

No todas las actividades profesionales o tareas encomendables son factibles de realizar en cada país, muchas dependen de los componentes del modelo de Cambridge que determina la aplicación de las competencias en el desempeño del practicante (el modelo plantea que hay factores que pueden influir en el desempeño laboral: 1) la competencia , 2) las influencias del entorno (programas de salud, determinantes del centro de trabajo, normas y procedimientos del trabajo, disponibilidad de tiempo etc), 3) condicionantes individuales (escepticismo sobre la efectividad de la intervención, estrés, relaciones interpersonales con otros profesionales, etc).⁵⁹ Puede ser que en determinados países sea más factible realizar acciones intersectoriales y establecer vínculos con el gobierno local, también puede ser que en algún país o en alguna localidades sea más fácil publicar y reproducir materiales educativos que en otras localidades, no obstante son actividades esenciales que no deben dejar de enseñarse, pero la prioridad de su implementación depende de la factibilidad de su aplicación.

CONCLUSIONES

Las actividades profesionales encomendables o confiables constituyen un nuevo enfoque de la formación basada en competencias, representan su operacionalización. En la formación basada en competencias, no es suficiente solo identificar las competencias, sino es necesario seguir los preceptos de esta formación y evaluar las competencias en el área real de trabajo. En la promoción de salud por lo general, no se aplica este enfoque. Es necesario desarrollar las actividades profesionales encomendables en los distintos escenarios de desempeño de la promoción de salud, dados sus múltiples ventajas y beneficios

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M, Ortiz-Montalvo A, Torruco-García U .Modelo educativo para desarrollar actividades profesionales confiables (MEDAPROC) Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015; 53 (5): 616-629

2. Salas Perea RS, Quintana Galende ML , Pérez Hoz G. Formación basada en competencias en ciencias de la salud. Medisur,2016, 14 (4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000400013
3. Shorey S, Lau TC, Lau ST, Ang E. Entrustable professional activities in health care education: a scoping review. Med Educ. 2019 Aug;53(8):766-777.
4. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency based training. Med Educ. 2005, 39(12):1176-1177.
5. ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van derSchaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99.Med Teach. 2015;37(11):983-1002.
6. Anthamatten A, Pfeiffer ML, Richmond A, Glassford M. Exploring the Utility of Entrustable Professional Activities as a Framework to Enhance Nurse Practitioner Education.Nurse Educ. 2019 May 17. doi: 10.1097/NNE.0000000000000697
7. Westein MPD, de Vries H, Floor A, Koster AS, BuurmaH.Development of a Postgraduate Community Pharmacist Specialization Program Using CanMEDS Competencies, and Entrustable Professional Activities.Am J Pharm Educ. 2019 Aug;83(6):6863.
8. 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.
9. Chen HC, van den Broek WES, ten Cate O. The case for use of entrustable professional activities in undergraduate medical education. Acad Med, 2015, 90(4):431-436
- 10.ten Cate O, CarraccioC.Envisioning a True Continuum of Competency-Based Medical Education, Training, and Practice.Acad Med. 2019 Sep;94(9):1283-1288.
- 11.Duijn CCMA, Ten Cate O, Kremer WDJ, Bok HGJ.The Development of Entrustable Professional Activities for Competency-Based Veterinary Education in Farm Animal Health.J Vet Med Educ. 2019 ;46(2):218-224.
- 12.ten Cate O , Scheele F. Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? Acad Med, 2007. 82(6):542-547
- 13.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.
- 14.McGaghie WC, Miller GE, Sajid AW, Telder TW. Competency-based curriculum development in medical education – an introduction. 1978. Disponible en :http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_68.pdf.

15. Ten Cate O, Billett S. Competency-based medical education: origins, perspectives and potentialities. *Med Educ*. 2014;48(3):325-332.
16. Allegrante JP, Barry MM, Auld ME, Lamarre MC. Galway revisited: tracking global progress in core competencies and quality assurance for health education and health promotion. *Health Educ Behav*. 2012 Dec;39(6):643-7
17. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Glob Health Promot*. 2009 Jun;16(2):5-11
18. Barry MM, Battel-Kirk B, Dempsey C. The CompHP core competencies framework for health promotion in Europe. *Health Educ Behav*. 2012 Dec; 39(6):648-62
19. Organización Panamericana de la Salud. Identificación de ofertas de formación y sondeo de competencias para la Promoción de la Salud en América Latina. Unidad de entornos y comunidades saludables. FUNDESALUD, Colombia, Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina (UIPES). Reporte final. Colombia, marzo de 2008
20. Meyer EG, Chen HC, Uijtdehaage S, Durning SJ, Maggio LA. Scoping Review of Entrustable Professional Activities in Undergraduate Medical Education. *Acad Med*. 2019 Jul;94(7):1040-1049.
21. WHO: The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
22. WHO: The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
23. Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. *Int J Nurs Stud*. 2009 Jun; 46(6):865-74.
24. Wylie A, Holt T. Health promotion in medical education: from rhetoric to action. Abingdon: Routledge; 2010.
25. Lima-Serrano M, Lima Rodríguez Domínguez JS. Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gaceta Sanitaria*. 2019, 33 (1): 74 – 81. <https://www.scielosp.org/article/gs/2019.v33n1/74-81/es/>
26. Imboden MT, Castle PH, Johnson SS, Jenkins KR, Pitts JS, Grossmeier J, Mangen DJ, Mason S, Noeldner SP. Development and Validity of a Workplace Health Promotion Best Practices Assessment. *J Occup Environ Med*. 2020 Jan;62(1):18-24.

27. O'Neill, M. Defining health promotion clearly for teaching it precisely: a proposal. *Promotion & Education*, 1998, (5): 14-16.
28. Paulman, P., Taylor, R.B., Paulman, A.A., Nasir, L.S. (Eds.). *Family Medicine. Principles and Practice* 7th Edition. Springer International Publishing Switzerland. 2017
29. Martínez Clares P. Concepto de competencias y formación en ciencias de salud basada en competencias. En: Millán, Palés, Morán. *Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Editorial Médica Panamericana. Madrid .2015.
30. Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1.a Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educación Médica* 2016; 17 (4):130-9
31. Touchie C , Cate O The promise, perils, problems and progress of Competency based medical education .*Medical Education* 2016: 50 (3): 93–100
32. Olmos Rodríguez MA, Morán Barrios J, Martínez Clares. De la teoría a la práctica: evaluar competencias en entornos sanitarios. En: Millán, Palés, Morán. *Principio de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Editorial Médica Panamericana. Madrid .2015.
33. Taylor R. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. Barcelona: Masson. S.A. 2002.
34. Murtagh J, Rosenblatt J. *John Murtagh's general practice* . 6th edition. McGraw-Hill Australia Pty Ltd. 2015.
35. Martin Zurro A, Cano Perez F, Gené Badia J (edits). *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. 8va ed. Elsevier España. 2019
36. Arroyo HV. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Glob Health Promot*. 2009 Jun;16(2):66-72
37. Coen C1, Wills J. Specialist health promotion as a career choice in public health. *J R Soc Promot Health*. 2007 Sep;127(5):231-8.
38. McKenzie JF, Dennis D, Auld ME, Lysoby L, Doyle E, Muenzen PM, Caro CM, Kusorgbor-Narh CS. Health Education Specialist Practice Analysis 2015 (HESPA 2015): Process and Outcomes. *Health Educ Behav*. 2016 Jun;43(3):286-95.
39. Jones-Roberts A; Phillips J; Tinsley K. Creating a sustainable health promotion workforce in Australia: A health promoting approach to professionalization. *Health Promotion Journal of Australia*. 2014, 25 (2): : 150-152
40. Whitehead D. Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2006;3(4):165-84.
41. Lima-Serrano M, Lima Rodríguez Dominguez J S. Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gaceta Sanitaria* .2019, 33 (1): 74 – 81.

42. Krick A, Felfe J, Klug K. Turning Intention Into Participation in Occupational Health Promotion Courses? The Moderating Role of Organizational, Intrapersonal, and Interpersonal Factors. *JOccup Environ Med*. 2019 Oct;61(10):779-799
43. Soler Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria* 2005; 36 (2): 355 – 357
44. Whitehead D. The role of community-based nurses in health promotion. *Br J Community Nurs*. 2000 Dec;5(12):604-9.
45. Roden J, Jarvis L, Campbell-Crofts S, Whitehead D. Australian rural, remote and urban community nurses' health promotion role and function. *Health Promot Int*. 2016 Sep;31(3):704-14.
46. Soran C, Laponis R, Summerville S, Thompson V, Eastburn A, O'Sullivan P, Julian KA. Identifying Entrustable Professional Activities for Internal Medicine Residents in Ambulatory Continuity Practice. *J Gen Intern Med*. 2019 Oct 21. doi: 10.1007/s11606-019-05430-8.
47. Klein MD, Schumacher DJ, Sandel M. Assessing and managing the social determinants of health: defining an entrustable professional activity to assess residents' ability to meet societal needs. *Acad Pediatr*. 2014 Jan-Feb;14(1):10-3.
48. Lau ST, Ang E, Samarasekera DD, Shorey S. Development of undergraduate nursing entrustable professional activities to enhance clinical care and practice. *Nurse Educ Today*. 2020 Jan 23;87:104347. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104347
49. Bonal Ruiz R. Actividades profesionales confiables en promoción de salud en la medicina general integral. VIII Jornada Científica de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud de Holguín. EDUMED HOLGUIN 2019. Disponible en: <http://edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/view/411/279>
50. Sarria Santamera A, Villar Fernández F (edits). Promoción de salud en la Comunidad. Universidad Nacional de educación a Distancia. Madrid, 2014
51. OMS. Glosario de promoción de salud. Organización Mundial de la Salud. 1998. Traducido por la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid España
52. Falvo DR. Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance. 3rd ed. Sudbury, Md.: Jones and Bartlett Publishers, 2004.
53. Kelly RB. Patient Education. In: Rakel RE, Rakel D. Textbook of Family Medicine, 8th Edition. Philadelphia, PA. : Elsevier Saunders, ©2011. Pp160- 165
54. Smith CW, Rule JC. Behavioral Change and Patient Empowerment. In: Rakel RE, Rakel D. Textbook of Family Medicine, 9th Edition. Elsevier Sanders. Philadelphia. United State. 2016. Pp 102-110

55. Murtagh J. Chapter 4 Communication skills. In: Murtagh J, Rosenblatt J. John Murtagh's general practice . 6th edition. McGraw-Hill Australia Pty Ltd. 2015. pp20-27
56. OPS. La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas HSP/SILOS-35.1995.
57. Battel-Kirk B, Barry MM. Evaluating progress in the uptake and impact of Health Promotion competencies in Europe. *HealthPromot Int.* 2019 Jul 30. pii: daz068. doi: 10.1093/heapro/daz068.
58. Lobato Tavares MF, da Rocha RM, Lobo Bittar CM, Buischi Petersen C, de Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciênc. saúde coletiva*, 2016, 21(6): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601799&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt
59. Rethans J-J, Norcini JJ, Baron-Maldonado M, Blackmore D, BC Jolly, LaDuca T y et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Papers from the 10th Cambridge Conference*, Blackwell Science Ltd. *Med Educ.* 2002 Oct;36(10):901-9.