

Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba
Health literacy in comprehensive general medicine. Perspectives in Santiago de Cuba

Dr. Rolando Bonal Ruiz,^I Dra. Mercedes Marzán Delis,^{II} Dra. Milvian Castillo Frómata^{III} y Dra. María de los Ángeles Rubán Alfaro^{III}

^I Policlínico Docente "Ramón López Peña", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Centro Provincial de Promoción de Salud, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Frank País García", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre alfabetización en salud, donde se mencionan grupos vulnerables, con más probabilidades de poseer limitadas habilidades al respecto, así como la relación con promoción de salud, resultados sanitarios, disminución de costos económicos y ventajas de su aplicación; también se destaca su importancia en la medicina general integral y la posibilidad del fortalecimiento, sobre todo a partir de la creación del grupo de desarrollo de la promoción de salud en esta especialidad. Se sugieren algunas estrategias para su implementación en la provincia.

Palabras clave: alfabetización de salud, atención primaria de salud, medicina familiar, medicina general integral.

ABSTRACT

A literature survey on health literacy was made, where vulnerable groups most likely to have limited skills in this regard are mentioned, as well as the relationship with health promotion, health outcomes, reduced economic costs and benefits of its application. It is also highlighted its significance in comprehensive general medicine and the possibility of the strengthening, especially after the creation of the group for the health promotion development in this specialty. Some strategies are suggested for its implementation in the province.

Key words: health literacy, primary health care, family medicine, comprehensive general medicine.

INTRODUCCIÓN

La alfabetización en salud es un tema que en los últimos tiempos ha cobrado auge en la salud pública internacional. Desde hace algunos años existe un incremento de bibliografías en diferentes disciplinas y con distintos enfoques sobre este tema,¹ sobre todo procedente de la literatura anglosajona, no solo de naciones que habitualmente

concentraban esa información, como Estados Unidos y Canadá, sino de otros países, tanto europeos como asiáticos, incluso australianos;²⁻⁶ sin embargo, aún son escasas las de habla hispana, sobre todo de América Latina y el Caribe, y las pocas existentes en la base de datos LILACS están relacionadas con la aplicación y validación de instrumentos para identificar personas con baja alfabetización en salud, en condiciones o enfermedades específicas.^{7,8}

Este es un tema poco conocido y analizado en este medio, que suele tender a interpretaciones y confusiones inadecuadas. La poca alfabetización en salud se asocia a países pobres, con diferencias culturales y étnicas, con inmigrantes iletrados y personas analfabetas. Si bien es cierto que la limitada alfabetización en salud está asociada a adultos mayores de 65 años, personas con menos de noveno grado, ingresos bajos --en países donde prima la desigualdad social y la inequidad social y racial--, se ha observado en grupos étnicos, refugiados e inmigrantes que no comprenden bien el idioma del país, personas por debajo del nivel de pobreza y no nativas, que tienen un segundo idioma; también es un asunto que puede afectar a toda la población y a personas de cualquier edad, color de la piel, ingresos y nivel escolar (incluido el universitario) y puede darse tanto en países en vías de desarrollo como en industrializados.^{9,10}

Un individuo puede estar altamente calificado y no comprender ciertos aspectos de la salud. Así, en ciencias de la salud hay especialistas que pudieran no entender el lenguaje de otra especialidad, aún con la misma profesión.

Los resultados de una encuesta aplicada recientemente en varios países de Europa permitieron concluir que casi la mitad de todos sus habitantes tienen inadecuados niveles de alfabetización en salud y que son, a su vez, altos frecuentadores de los servicios de salud, incluyendo los de emergencias médicas. Mediante este estudio se identificaron grupos de personas que son particularmente vulnerables a una pobre alfabetización en salud, por ejemplo: aquellos con nivel escolar bajo, los desempleados, los jubilados y las personas que se consideran ellas mismas con una posición social baja.²

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el término alfabetización en salud, para lo cual fueron consultadas las bases de datos MEDLINE, HINARI y LILACS. Se sugieren algunas estrategias para su implementación en la provincia de Santiago de Cuba, desde la visión de la medicina general integral, identificada entre los distintos integrantes del grupo provincial de desarrollo de la promoción de salud en esta especialidad.

¿QUÉ ES ALFABETIZACIÓN EN SALUD?

Sorensen y colegas¹¹ dan hasta 17 definiciones de alfabetización en salud, pero solo 3 de ellas fueron las más citadas: las de las instituciones estadounidenses Asociación Médica Americana¹² e Instituto de Medicina,¹³ y la de la Organización Mundial de la Salud.¹⁴ La primera de estas la define como la constelación de habilidades, incluyendo la habilidad de realizar lecturas básicas y tareas numéricas requeridas para funcionar en el ambiente de la atención de salud; la segunda, como la capacidad de los individuos de obtener, procesar y comprender la información de salud básica y servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas y la tercera considera que la alfabetización en salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud.

Estos mismos autores,¹¹ luego de analizar todas las definiciones existentes concluyeron que la alfabetización en salud está enlazada a la alfabetización, y conlleva al conocimiento de las personas, su motivación y las competencias para **acceder, entender, apreciar y aplicar** la información de salud a fin de hacer juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana concerniente a la atención de salud, prevención de enfermedad, así como promoción de salud para mantener o mejorar la calidad de vida durante el curso de esta.

Esta definición "inclusiva" que ellos dan, requiere de los 4 tipos de competencias siguientes:

1. Acceso: Habilidad para buscar, hallar y obtener información a la que se accede
2. Entender: Habilidad para comprender la información de salud a la cual se accede
3. Apreciar: Habilidad para interpretar, filtrar, juzgar y evaluar la información de salud a la que se ha accedido
4. Aplicar: Habilidad para comunicar y usar la información, tomar una decisión, así como también para mantener y mejorar la salud.

Cada una de estas competencias representa una dimensión crucial de alfabetización en salud, requiere cualidades cognoscitivas específicas y depende de la calidad de la información proporcionada. Asimismo, las aplican no solo al marco de la salud pública, sino también a la atención médica y en este sentido la relacionan con la atención/cuidado de salud, a la prevención de enfermedades y a la promoción de salud (cuadro).

Cuadro. Competencias de alfabetización en salud

| | Acceder /obtener la información pertinente a la salud | Entender la información pertinente a la salud | Procesar/apreciar la información pertinente a la salud | Aplicar /usar la información pertinente a la salud |
|----------------------------|--|---|---|---|
| Atención/ cuidado de salud | Habilidad para acceder a la información sobre problemas médicos o clínicos | Habilidad para entender la información médica y su significado | Habilidad para interpretar y evaluar la información médica | Habilidad para tomar decisiones informadas en los problemas médicos |
| Prevención de enfermedades | Habilidad para acceder a la información sobre factores de riesgo para la salud | Habilidad para entender la información sobre factores de riesgo y su significado | Habilidad para interpretar y evaluar la información sobre los factores de riesgo para la salud | Habilidad para tomar decisiones informadas en los factores de riesgo para la salud |
| Promoción de salud | Habilidad para actualizarse uno mismo en las determinantes de salud en el ambiente social y físico | Habilidad para entender la información sobre las determinantes de salud en el ambiente social y físico y su significado | Habilidad para interpretar y evaluar la información sobre las determinantes de salud en el ambiente social y físico | Habilidad para tomar decisiones informadas en las determinantes de salud en el ambiente social y físico |

No obstante esta distinción, algunos autores mantienen, como reconoce el propio Sorensen,¹¹ que la alfabetización en salud es básicamente el reembalaje de conceptos centrales de la teoría, ideología y práctica de la promoción de salud, como ironiza Tones,¹⁵ al decir que es un “nuevo vino, en botellas viejas”.

ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

La información de salud puede provenir de varias fuentes: conversaciones con amigos y familiares, radio, televisión, periódicos, revistas, escuelas, universidades, sitios web, de otros medios sociales de comunicación, de médicos, estomatólogos, enfermeras, farmacéuticos, educadores para la salud y otros profesionales del sector, así como de etiquetas de medicamentos y recipientes de productos alimenticios, por citar algunos, pero no siempre quiere decir que esa información sea entendida, asimilada y aplicada.

En Cuba existe una amplia información de salud y es característico que los comerciales y anuncios --muy típicos de otras televisoras foráneas-- sean sustituidos por mensajes de salud, pero no siempre la información (educación, comunicación) es personalizada y transmitida cara a cara de forma detallada, comprensible y sistemática por profesionales de ese sector. Por un lado, muchas veces se usa un lenguaje complicado, poco familiar o técnico; por otro, el emisor --sobre todo si se trata por los medios de comunicación masiva-- tampoco puede garantizar que la información que transmitió haya sido comprendida, y si todas las personas dianas que se pretendía que leyeran, escucharan y/o vieran el programa televisivo o radial lo hicieron, teniendo en cuenta que muchos individuos quizás no vean, ni lean este tipo de información porque no la entiendan bien o le resulte poco atractiva.

IMPORTANCIA Y VENTAJAS DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

En los últimos años numerosos autores han tomado conciencia sobre las ventajas, beneficios y consecuencias positivas de que la población tenga una buena alfabetización en salud y que la sociedad y los profesionales de este sector estén entrenados en fomentar habilidades a sus pacientes y en hacerse comprender. Hay una clara asociación entre mejores resultados de salud y una mejora de las habilidades de alfabetización en salud.

Nutbeam¹⁶ menciona algunos beneficios para la persona, para la comunidad y para la sociedad. Con respecto a los **beneficios individuales**, la alfabetización en salud mejora los conocimientos de riesgos, el cumplimiento de las prescripciones, la motivación y confianza en sí mismo y la resiliencia individual a la adversidad; también hace alusión a los **beneficios sociales y comunitarios**, ya que aumenta la participación en los programas de salud poblacionales, la capacidad para influir en las normas sociales y actuar recíprocamente con los grupos sociales, la capacidad de actuar en las determinantes sociales y económicas de la salud y el empoderamiento de la comunidad.

Para Lee *et al*¹⁷ la alfabetización en salud mejora el estado de salud autopercebido, disminuye las hospitalizaciones, así como las visitas a servicios de emergencias médicas. Por su parte, otros consideran que favorece los resultados de salud en general y reduce los costos.^{13,18} Al respecto, Zarcadoolas *et al*¹⁹ estiman que facilita las habilidades para aplicar información de salud a nuevas situaciones y para participar en diálogos públicos y privados sobre la salud, la medicina, el conocimiento científico y las creencias culturales.

Asimismo, para Baker,²⁰ favorece la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, mayor autoeficacia, conductas sanitarias positivas y mejores resultados de salud.

Según Mancuso,²¹ también reduce los costos de salud, aumenta el conocimiento de enfermedades y tratamientos, las habilidades de automanejo y cuidado de las condiciones crónicas, el cumplimiento, disminuye los errores médicos y reduce el uso de servicios costosos como los de emergencia e intensivos.

Freedman *et al*,²² en una perspectiva más social y salubrista aplicada al contexto estadounidense, estiman que resuelve algunos de los asuntos de salud más urgentes de esa sociedad y alivia las injusticias sociales.

La escasa alfabetización en salud, por el contrario, contrasta con todas las ventajas anteriores. Así, en una revisión sistemática efectuada por Berkman *et al*²³ encontraron que las limitadas habilidades de alfabetización en salud estaban asociadas a más hospitalizaciones, a un mayor uso de los servicios de emergencias médicas, a menor adherencia a medidas preventivas como la pesquisa por mamografía y la vacuna contra la influenza y a las pocas habilidades para cumplir adecuadamente el plan terapéutico indicado, así como para interpretar mensajes de salud; asimismo, entre las personas de edad avanzada, estos autores encontraron un estado de salud global más pobre y cifras de mortalidad más altas.

Las ventajas ya señaladas no solo son inherentes a países desarrollados, sino también a todos los demás. Un ejemplo es el llamado que se hizo en la Conferencia Mundial de Promoción de Salud,²⁴ sobre todo a los gobiernos, a trabajar en varios temas claves, entre los que se encuentra la alfabetización en salud; en los restantes temas, Cuba tiene amplia experiencia (capacidad de construcción para la promoción de salud, fortalecimiento del sistema de salud, acción intersectorial, fortalecimiento de la comunidad y trabajo en las conductas de salud).

Algunos países ya han implementado planes de acción y estrategias nacionales para desarrollar la alfabetización en salud, como parte de la política de desarrollo de la promoción de salud y teniendo en cuenta lo planteado en la citada conferencia.²⁴⁻²⁶

¿QUÉ DESVENTAJAS PODRÍA LLEVAR SU NO IMPLEMENTACIÓN?

No tratar estos temas adecuadamente ha traído graves consecuencias a los sistemas de salud, incluyendo un alza de los costos en forma general y un debilitamiento de los resultados sanitarios.²³

La alfabetización en salud es una determinante clave de la salud y algunos la empiezan a considerar como una determinante social de la salud.²

Un paciente con diabetes mellitus, que no ha comprendido bien lo relacionado con su enfermedad y la importancia de revisar sus pies periódicamente, pudiera necesitar una amputación en el futuro o emplear costosos medicamentos, lo cual ocasionará un alto costo al sistema de salud, sin mencionar las consecuencias sociales, psicológicas y económicas que implica una complicación como la insuficiencia renal crónica y, de hecho, la exposición a diálisis peritoneal en un país bloqueado económicamente.²⁷

FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECÍFICAMENTE DE LA MEDICINA GENERAL INTEGRAL

El análisis de la alfabetización en salud se debe realizar, desde la visión de la salud pública, en múltiples niveles⁹ e incluir a los demás sectores de la sociedad, hasta los diferentes niveles de atención sanitaria (hospitales e institutos de tercer nivel),²⁸ pero es en la atención primaria, específicamente en la medicina familiar, donde más pueden desarrollarse un conjunto de acciones que enriquecerán la práctica y la teoría de este asunto.

Importancia de la medicina familiar en la alfabetización en salud

Como bien se plantea, donde más acuden las personas usualmente en busca de asistencia médica es en la atención primaria, de manera que los médicos de familia, por lo general, son el primer contacto de la población con el sistema de salud, por tanto, es vital desarrollar actividades para aumentar las habilidades de alfabetización en salud, tanto en los pacientes, como el entrenamiento en ese aspecto a los profesionales de la atención primaria.

En la bibliografía internacional son numerosas las referencias que reflexionan sobre el rol y las implicaciones de la medicina familiar en cuanto a este tema.^{29,30} Es característico de la atención primaria, especialmente de la medicina familiar, empoderar a los pacientes y lograr su autorresponsabilidad. Al respecto, Kickbusch *et al*³¹ han defendido que la alfabetización en salud es una estrategia de empoderamiento crucial para aumentar el control de las personas sobre su salud, sus habilidades para buscar información y adquirir responsabilidad.

Identificación de pacientes con baja o limitada alfabetización en salud

A escala mundial, se han desarrollado varios instrumentos para la identificación de pacientes con limitadas o pobres habilidades de alfabetización en salud,^{32,33} sobre todo, derivados de países anglosajones. Está claro que no solo es suficiente conocer el grado escolar, pues muchas personas universitarias¹⁰ pueden tener pobres habilidades para comprender ciertos temas de salud.

Protheroe *et al*¹ plantean que dichos instrumentos deben ser ajustados al contexto sociocultural de cada país y pueda ser que ninguno tenga un carácter universal. Otros autores³⁴ consideran que más que un instrumento, lo que hay que mejorar son las habilidades de comunicación de los profesionales de salud para que puedan ser comprendidos, pues medir el nivel de alfabetización en cada paciente que acude al consultorio es impracticable; no obstante, hay señales de sentido común que un médico puede tener una vez sensibilizado con el asunto.

Safeer *et al*³⁰ mencionan algunas conductas sugestivas de que el paciente tiene inadecuadas habilidades de alfabetización en salud, como son: preguntar a la enfermera u otro personal de salud por la ayuda, traer a alguien que le pueda leer o explicar, mostrar incapacidad para mantener las citas a reconsultas, presentar excusas tales como "me olvidé de mis espejuelos", incumplimiento con los medicamentos, pobre adherencia a las intervenciones recomendadas, posponer la toma de decisiones, entre otras.

Oates *et al*,³⁵ luego de una amplia revisión bibliográfica, propuso a los médicos, varias estrategias de comunicación para aumentar la comprensión de los pacientes, sobre todo adultos.

- **Habilidades clínicas**

1. Evite la jerga médica y tecnicismos.
2. Emplee frases simples y un lenguaje claro.
3. Hable despacio.
4. Use analogías, cuando sea apropiado (por ejemplo: "implantar un marcapasos es como reemplazar una instalación eléctrica en su casa").
5. Limite la cantidad de información a dar:
 - a) Enfóquese en 2 o 3 asuntos claves por consultas y repítalos.
 - b) Use otro personal de salud (enfermera, fisioterapeuta, entre otros) para ayudar a reforzar los asuntos importantes.

- **Sea específico**

1. Use indicaciones claras, orientadas a la acción.
2. Insista en los pasos de acción que el paciente debe tomar.
3. Enfatique los pasos específicos concretos que el paciente puede tomar.
4. Minimice la información sobre anatomía y fisiología.
5. Enfóquese en contestar la pregunta del paciente: ¿Qué yo necesito hacer?

- **Use formas múltiples de comunicación**

1. Use más de una modalidad de comunicación para dar la información más importante.
2. Apóyese en los dibujos para ayudar a transmitir información compleja o explicar procedimientos.
3. Utilice los videos o programas interactivos computacionales, que también pueden ser útiles.
4. Reciba retroalimentación de los pacientes para asegurarse que los materiales educativos funcionan.

- **Ayude a los pacientes a que le pregunten**

1. Cree un ambiente que lleve a los pacientes a que le hagan preguntas.
 - a). En lugar de preguntarles: ¿Tiene usted alguna pregunta?, dígales: ¿Qué preguntas usted tiene para mí?
2. Empodere a sus pacientes para que al terminar las consulta o encuentros médicos conozcan la respuesta a la pregunta siguiente: ¿Qué yo necesito hacer?

- **Confirme la comprensión**

1. Use la técnica "*teach back*" (pídale a los pacientes que repitan la información e instrucciones dadas con anterioridad).
 - a). Dígame que usted le dirá a su familia sobre lo que hemos hablado.
 - b). Enfóquese en la retroalimentación de aspectos no comprendidos.
 - c). Reevalúe la comprensión ("cierre el círculo") y provea retroalimentación adicional hasta que se perciba el dominio.

Las estrategias de mejoramiento de las habilidades de alfabetización en salud deben realizarse no solo en los adultos, sino en todas las edades (incluyendo a los niños y su padres), pero sobre todo en los adultos mayores, que constituyen la mayoría de los pacientes que acuden al consultorio, pues como ya se ha planteado, son personas que han perdido, además de las habilidades cognitivas de comprensión, las visuales y las auditivas, para las cuales se necesita un esfuerzo especial del médico, sobre todo en esta sociedad que tiende al envejecimiento. Esto se agrava aún más cuando el paciente tiene comorbilidades y necesita múltiples medicamentos, de manera que se enreda con las numerosas dosis y horarios diferentes, lo cual indica que la habilidad numérica en muchos de ellos también está deteriorada.³⁶⁻³⁹

¿QUÉ PODRÍA HACERSE EN LA PROVINCIA DE SANTIAGO DE CUBA?

Como parte de la implementación y desarrollo del lineamiento 159 de la política económica y social (fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria), que se lleva a cabo en Cuba, se constituyó el grupo de desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral en esta provincia,⁴⁰ que consciente de este asunto ha elaborado estrategias para impulsar las habilidades de alfabetización en salud en los pacientes que acuden al nivel primario de atención, las cuales están apoyadas en el nuevo programa del médico y enfermera de la familia⁴¹ y no representan una carga adicional más, sino un perfeccionamiento de lo que debe hacerse.

Estrategias de mejoramiento

La comprensión del paciente está relacionada con una mejor información, educación y comunicación con estos, no solo a nivel individual, sino grupal y comunitario.

Una de las técnicas actuales en educación y comunicación para la salud, que también favorece la comprensión de los temas afines y con ello la alfabetización en salud, es el *coaching* de salud y la entrevista motivacional.^{42,43}

a) A nivel individual

- Mejorar la caligrafía del profesional de salud, en una letra clara legible, entendible, no solo de lo que se escribe en la historia clínica, sino en las recetas, métodos, indicaciones, remisiones y todo escrito dirigido al paciente.
- Aplicar las estrategias de comunicación de Oates *et al*,³⁵ no solo en adultos, sino también en todos los grupos de edades y embarazadas, así como en los familiares y cuidadores.
- Emplear las ayudas audiovisuales cuando sea necesario (el uso de los sentidos favorece más la comprensión), chequear la comprensión mediante algunas técnicas, por ejemplo: "muéstreme cómo" o la del "teach back", explicada anteriormente, estimular siempre que sea posible un ambiente en que el paciente se sienta cómodo para hacer preguntas, no juzgarlo ni regañarlo de manera que no inhiba sus inquietudes.

b) A nivel grupal

Reactivar, reanudar y revitalizar de forma más efectiva, los grupos educativos de pacientes con enfermedades crónicas, embarazadas, lactantes, ancianos, sobre todo, a tipo de consultas grupales.^{44,45}

Esta modalidad es ventajosa, pues a la vez que se educa al paciente también se consulta, lo cual favorece el perfeccionamiento del proceso de dispensarización.⁴⁶

Los grupos educativos tienen la ventaja de que en estos espacios los pacientes comparten sus experiencias y pueden aclarar sus dudas, preocupaciones y necesidades educativas con suficiente tiempo, algo que resulta difícil en la consulta individual tradicional, dada la presión asistencial y la variedad de pacientes. Esto también favorece que el paciente quede claro de lo que le preocupa y necesite saber, lo que también contribuye a su comprensión integral.

El grupo de trabajo de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA)⁴⁷ en Santiago de Cuba, ha redactado la metodología de las consultas grupales (Grupo de desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral. Orientaciones metodológicas para realizar consultas grupales. SOCUMEFA. Documento Técnico. # 2. Santiago de Cuba, 2012), para implementarlas en determinados consultorios que funcionarían como sitios demostrativos para su posterior diseminación. Entre las enfermedades crónicas analizadas figuraron: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial y otras afecciones respiratorias crónicas que están entre las 4 enfermedades crónicas más frecuentes mencionadas en la declaración política de la ONU.⁴⁸ En cada uno de estos grupos también se encuentran los 4 factores de riesgo comportamentales más importantes: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, nutrición insana y pobre actividad física.

Dado que la mayoría de las enfermedades crónicas confluyen con otras condiciones, independientemente de la edad, algunos⁴⁹ recomiendan formar grupos educativos genéricos, o sea, donde acuden pacientes con diferentes enfermedades o con varias enfermedades a la vez en el mismo paciente.

c) A nivel comunitario y social

En ocasiones, los pobladores de la comunidad no comprenden ciertos aspectos relacionados con la salud pública (horario, sistemas organizativos del policlínico, del consultorio y del sistema de salud como tal), una buena oportunidad es informar, educar y comunicar a la población a través de sus líderes formales e informales. Muchas veces se hace difícil contactar uno por uno, por lo cual es factible realizar un encuentro con ellos (consejo de salud comunitario), que además de desarrollar la participación social y comunitaria, facilita la alfabetización en salud sociocomunitaria.

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñó, redactó y perfeccionó la metodología de los consejos de salud comunitarios en el consultorio, que también se aplica en algunos de estos como sitios demostrativos.

El consejo comunitario de salud, si bien no aparece explícitamente en el programa del médico de familia, es una fortaleza para el trabajo comunitario y organiza las relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y solución de sus problemas, así como la evaluación de los resultados.⁴¹

Entre otras actividades sociales también se incluye lograr que los murales de los consultorios tengan mensajes claros, coherentes y efectivos.

d) A nivel organizacional

Los centros de promoción y educación para la salud podrían preparar, en colaboración con profesionales interesados y/o con el grupo de desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral, cursos talleres dirigidos a proveedores de salud sobre habilidades de comunicación con el paciente, para que estos puedan comprender la información verbal, escrita, digital o numérica que se les brinda; asimismo, a la hora de redactar materiales para tales fines es importante la simplificación del lenguaje, donde se utilicen ilustraciones, esquemas y dibujos que hagan más fácil la comprensión.

Una norma organizacional es que el médico de familia no solo debe aplicar las medidas mencionadas, sino estimular a otros profesionales de salud que interactúen con él, a que también hagan lo mismo (farmacéuticos, fisioterapeutas, enfermeras, especialistas, por citar algunos).

Por su parte, Oates *et al*,³⁵ propusieron la interrogante siguiente: ¿Quiénes son los profesionales que a tu alrededor tienen la responsabilidad de provocar y responder las preguntas del paciente? ¿Ellos ayudan al paciente cuando este hace preguntas?

Otra estrategia para desarrollar la alfabetización en salud es la investigación sobre estos temas, al probarse la efectividad de las intervenciones, las cuales podrían ser espontáneas o escogerse como tema para especializarse en medicina general integral o en otras formaciones relacionadas.

Independientemente de las estrategias individuales, grupales y comunitarias mencionadas, dicho grupo prepara talleres cortos para el entrenamiento en técnicas de alfabetización en salud, las cuales están dirigidas al personal de la atención primaria.

El nuevo programa de médicos de familia,⁴¹ considera a la promoción de salud “como la actividad rectora de la medicina familiar”, por tanto todas estas estrategias se convierten en herramientas que fortalecen las competencias del equipo de salud y permiten perfeccionar dicho programa. La mayoría de estas actividades están implícitas en este, donde se plantea textualmente:

- “Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial”.
- “Desarrollar los círculos de abuelos, embarazadas, puérperas, lactantes, niños y adolescentes, según sus intereses”.
- “Fomentar la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud”.
- “Establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y solución de sus problemas de salud, así como la evaluación de los resultados del programa”.
- “Capacitar a las brigadistas sanitarias y a los responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), entre otros, para elevar sus conocimientos en relación con la salud”.
- “Estimular actividades sociales que tienden a la integración de la familia y la comunidad, tales como los círculos de abuelos, así como los de adolescentes, niños y embarazadas”.

En el nuevo programa, está el **qué**, lo que se necesita es el **cómo**, de una forma

efectiva, eficiente y eficaz. El grupo de trabajo de desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral en Santiago de Cuba está destinado a enfrentar ese desafío.

CONCLUSIONES

La alfabetización en salud es un tema que a pesar de ser conocido desde hace décadas en países anglosajones, se ha extendido a escala internacional y emerge la necesidad de su aplicación e investigación, a raíz de los llamados de la última Conferencia Mundial de Promoción de Salud celebrada en Nairobi, Kenya (2009), independientemente de que es un tema que tiene múltiples niveles para accionar, desde la atención primaria, específicamente la medicina familiar (medicina general integral), ofrece amplias posibilidades para su desarrollo, al hacer comprender mejor al paciente, familiares y líderes comunitarios su situación de salud. Existen posibilidades para la capacitación del médico de familia al ofrecerles herramientas concretas que mejoren en sus usuarios de atención, sus habilidades de comprensión de lectura, auditivas, expresión oral y numérica, relacionada con la salud, de manera que se traduzcan en mejores resultados sanitarios y económicos. En este sentido, el grupo de desarrollo de la promoción de salud en MGI en la provincia Santiago de Cuba, ofrece propuestas estratégicas que pueden ser viables en dependencia del apoyo y gestión de los niveles directivos de salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este artículo agradecen la valiosa cooperación del grupo fundador del desarrollo de la promoción de salud en medicina general integral en la provincia Santiago de Cuba, de los especialistas Pinatel Rodríguez E, Noa López J, Santiesteban Garrido I, Dupuy Domínguez MC, Castillo Frómata M, Bolívar Carrión ME, Rizo Sánchez I, Alayo Blanco M, Maldonado de los Reyes B y Estadella Daudinot R.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Protheroe J, Wallace LS, Rowlands G, DeVoe JE. Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Fam Pract*. 2009[citado]; 10:51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719597/?tool=pubmed>
2. Watson R. Europeans with poor "health literacy" are heavy users of health services. *BMJ*. 2011[citado]; 29:343. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7741?view=long&pmid=22127773>
3. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Educ Behav*. 2012; 39(2):210-8.
4. Lee TW, Kang SJ, Lee HJ, Hyun SI. Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Educ Couns*. 2009; 75(3):302-7.
5. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promot Int*. 2008; 23(3):269-74.
6. Barber MN, Staples M, Osborne RH, Clerehan R, Elder C, Buchbinder R. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending

- upon the measurement tool: results from a population-based survey. *Health Promot Int.* 2009; 24(3):252-61.
7. Girardi Paskulin LM, Aires M, Borghetti Valer D, Pinheiro de Morais E, Bueno de Almeida Freitas I. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2): 271-7.
 8. Martínez Delgado MC, López Palacio AM, Londoño Marín BH, Martínez Pabón MC, Tejada Ortiz C, Buitrago Gómez, et al. Exploración de significados con respecto a la salud bucal de un grupo de gestantes de la ciudad de Medellín, Colombia ¿Hay alfabetización en salud bucal? *Rev Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2011; 23(1): 76-91.
 9. Institute of Medicine. Health literacy implications for health care reform: a workshop summary. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
 10. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry.* 2012; 6(1): 45-52.
 11. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12(1):80. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
 12. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA: Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc.* 1999; 281(6):552-7.
 13. Institute of Medicine: Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies; 2004.
 14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
 15. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res.* 2002; 17: 187-9.
 16. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3):259-67.
 17. Lee SD, Arozullah AM, Choc YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004; 58:1309-21.
 18. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005; 50:633-40.
 19. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005; 20(2):195-203.
 20. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med.* 2006; 21:878-83.

21. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.* 2008; 10:248-55.
22. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* 2009; 36(5):446-51.
23. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2):97-107.
24. World Health Organization. Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion. Geneva: WHO; 2009.
25. National action plan to improve health literacy. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2010 [citado 23 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.health.gov/communication/HLActionPlan>
26. Li Y, Tao M, Fu H. What should we do in China to close the implementation gap in health promotion? A response to the WHO's Nairobi Call to Action. *Global Health Promotion.* 2011; 18(2):49-53.
27. La Salud Pública en Cuba. Conquista indiscutible de la Revolución. Material de estudio. La Habana: Editora Política; 2007.
28. Ratzan S, Apfel F. NCD health literacy--what can hospitals do? *World Hosp Health Serv.* 2011; 47(2):8-12.
29. Davis T, Wolf MS. Health literacy: implications for family medicine. *Fam Med.* 2004; 36(8):595-8.
30. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician.* 2005; 72(3):463-8.
31. Kickbusch I, Wait S, Magg D. Navigating health. The role of health literacy. London: International Longevity Centre-UK; 2006.
32. Parker R, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults (TOFHLA): a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995; 10:537-45.
33. Osborn CY, Weiss BD, Davis TC. Measuring adult literacy in health care: Performance of the newest vital sign. *Am J Health Behav.* 2007; 31(Suppl 1):S36-46.
34. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Evidence does not support clinical screening of literacy. *J Gen Intern Med.* 2008; 23:100-2.
35. Oates DJ, Paasche-Orlow MK. Health literacy: communication strategies to improve patient comprehension of cardiovascular health. *Circulation.* 2009 [citado]; 119(7):1049-51. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/119/7/1049.long>

36. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009; 163(2):131-40.
37. Tran TP, Robinson LM, Keebler JR, Walker RA, Wadman MC. Health literacy among parents of pediatric patients. *West J Emerg Med.* 2008; 9(3):130-4.
38. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012; 344:1602.
39. Vianney Pons JM. El déficit de comprensión numérica. Las matemáticas como problema. *Med Clin (Barc).* 2012; 138:15-7.
40. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Soria Pineda E. 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. Versión Virtual [citado 6 mar 2012]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/97/59>
41. Sierra Pérez D, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona BG. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas [citado 6 Mar 2012]; 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_med_enf_familia/indice_p.htm
42. Bonal Ruiz R, Almenares Camps HB, Marzán Delis M. Coaching de salud, un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *MEDISAN.* 2012 [citado 12 Ago 2012]; 16(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000500014
43. Sim MG, Wain T, Khong E. Influencing behaviour change in general practice -Part 2 - motivational interviewing approaches. *Aust Fam Physician.* 2009; 38(12):986-9.
44. May M. Group visits for chronic illness care. *Fam Pract Manag.* 2006; 13(2):21.
45. Loney-Hutchinson LM, Provilus AD, Jean-Louis G, Zizi F, Ogedegbe O, McFarlane SI. Group visits in the management of diabetes and hypertension: effect on glycemic and blood pressure control. *Curr Diab Rep.* 2009; 9(3):238-42.
46. Cuesta Mejías LA. La dispensarización en el policlínico universitario docente de Playa un año después de la reorganización. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011 [citado]; 27(1): 42-49. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi05111.htm
47. Bonal Ruiz R, Marzán Delis M, Soria Pineda E. Grupo de trabajo: promoción de salud en MGI en la SOCUMEFA. Santiago de Cuba. Trabajo presentado al III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca iberoamericana, CIMF; X Seminario Internacional de Atención Primaria. Versión Virtual. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/97/59>
48. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. New York: Asamblea General de Naciones Unidas [citado]; 2011. Disponible en: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/>

49. Chronic Disease Self-Management Program [citado 1 Sep 2010]. Disponible en:
<http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>

Recibido: 2 de julio de 2012.
Aprobado: 7 de julio de 2012.

Rolando Bonal Ruiz. Policlínico Docente "Ramón López Peña", avenida "12 de Agosto"
y calle A, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
bonal@medired.scu.sld.cu