

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Clínica



**ATENCIÓN PRIMARIA Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN LA
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN COLOMBIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN**

TESIS DOCTORAL REALIZADA POR:

Erwin Hernando Hernández-Rincón

DIRIGIDA POR LOS PROFESORES:

Dra. Concepción Carratalá Munuera y Dr. Domingo Orozco Beltrán

San Juan de Alicante, 2017

D. JAVIER FERNANDEZ SÁNCHEZ, Director del
Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel
Hernández

AUTORIZA:

La presentación y defensa como Tesis Doctoral del trabajo
*“Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de
recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la
población”* presentado por D. Erwin Hernando Hernández Rincón bajo
la dirección de la Dra. Dña. Concepción Carratalá Munuera y del
Dr. D. Domingo Orozco Beltrán.

Lo que firmo en San Juan de Alicante a 3 de mayo de 2017.

Prof. J. Fernández
Director
Dpto. Medicina Clínica



DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA

Campus de San Juan. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 San Juan de Alicante
Telf.: 96 5919449 – Fax: 96 5919450
c.electrónico: med.psiqui@umh.es

Dña. Concepción Carratalá Munuera y D. Domingo
Orozco Beltrán, como Directores de Tesis Doctoral

CERTIFICAN:

Que el trabajo "*Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población*" realizado por D. Erwin Hernando Hernández Rincón ha sido llevado a cabo bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández.

Lo que firmamos para los oportunos efectos en San Juan de Alicante a 3 de mayo de 2017.

Fdo. Dra. Dña. Concepción Carratalá Munuera
Directora
Tesis Doctoral

Fdo. Dr. D. Domingo Orozco Beltrán
Director
Tesis Doctoral



DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA

Campus de San Juan. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 San Juan de Alicante
Telf.: 96 5919449 – Fax: 96 5919450
c.electrónico: med.psiqui@umh.es

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

A mi esposa, a mis dos hijos y a toda mi familia,

Por la paciencia, apoyo y fortaleza brindados durante el tiempo dedicado en este proceso de crecimiento personal y profesional.

“La vida no tiene sentido sin el balance entre la esfera personal, la profesional y la familiar”.



AGRADECIMIENTOS

En este apartado quisiera agradecer a varias personas, debido a que sin su apoyo y colaboración en distintos momentos no hubiera sido posible realizar de manera satisfactoria el proceso doctoral consignado en este documento.

En primer lugar, quisiera agradecerles a los directores de la tesis, ya que bajo su tutela y orientación pude adquirir y fortalecer las competencias investigativas propias de un proceso doctoral, destacando principalmente un mayor entendimiento de la investigación cualitativa, como también el mejoramiento de las habilidades para la divulgación y publicación científica en el campo de la Atención Primaria en Salud.

De manera especial quiero agradecer al Dr. Juan Pablo Pimentel, coautor de la publicación principal de esta tesis, ya que su habilidad investigativa fue determinante para avanzar en el desarrollo, divulgación y publicación de la investigación.

Así mismo, agradezco a los coautores de las otras publicaciones que conforman y le dan sentido al hilo conductor de esta tesis: Francisco Lamus, Camilo Correal, Rafael Tuesca, Eduardo Guerrero, Henry Gutiérrez, Armando Guemes, Leonardo Parra, Diego Severiche, Diana Romero, María Fernanda López, Victoria Espitia, Adriana Rodríguez, y María Eunice Rodríguez. Como también a coautores de futuras publicaciones que continúan el hilo conductor: Carmen Lucía Jaramillo, Gloria Robles, Milton Guzmán y Ana María Ávila.

Quiero destacar la relevancia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia al considerar por ellos que tenía la experiencia y disciplina para conducir algunas de las investigaciones incluidas en esta tesis.

Para finalizar, quiero agradecer al equipo del Centro de Estudios de Salud Comunitaria (CESCUS) y a las directivas de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana (Colombia) por la motivación y soporte, como también tiempo y oportunidad para crecer personal y profesionalmente.

A todos muchas gracias.

Erwin H Hernández-Rincón

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

PRESENTACIÓN DE LA TESIS

A continuación se presenta una tesis doctoral bajo la modalidad de conjunto de publicaciones que desarrolla el tema de “Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población”.

La tesis realiza la presentación del tema que permita entender la unidad temática de los trabajos y posteriormente incorpora un resumen global de las publicaciones, centrándose en los resultados, la discusión y las conclusiones de cada una.

Las publicaciones que se presentan fueron aceptadas en revistas indexadas en los sistemas JCR y SJR, destacando que entre ellas la publicación principal es que le da el hilo conductor a la presente tesis doctoral y está ubicada en la zona superior de los dos sistemas de indexación (Q1).



PUBLICACIONES QUE CONFORMAN LA TESIS

Publicación principal:

- **Hernández E**, Pimentel J, Orozco D, Carratalá C. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*, 2016. (Q1 SCI-SSCI en Primary Health Care, Q1 Scopus en Family Practice, Factor de Impacto: 2.022)

Publicaciones complementarias:

- **Hernández E**, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud uninorte*, 2015. (Q3 Scopus en Medicine, Factor de Impacto: 0.144)
- Lamus F, Correal C, **Hernández E**. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud uninorte*, 2015. (Q3 Scopus en Medicine: Factor de Impacto: 0.144)
- **Hernández E**, Tuesca R, Guerrero E, Gutiérrez H, Guemes A. Experiencia de sensibilización de talento humanos en salud en Atención primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) nodo Colombia (2013-2015). *Salud uninorte*, 2015 (Q3 Scopus en Medicine, Factor de Impacto: 0.144)
- **Hernández E**, Severiche D, Mayorga D, López M, Espitia V, Rodríguez A. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. *Salud uninorte*, 2015 (Q3 SJR en Medicine, Factor de Impacto: 0.144)
- Rodríguez M, **Hernández E**. Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en institución de salud de primer nivel, Tauramena – Casanare. *Salud uninorte*, 2015 (Q3 Scopus en Medicine, Factor de Impacto: 0.144)

INDICE

Tabla de contenido	Página
1. Introducción	9
2. Desarrollo del Tema	10
2.1. Contexto	10
2.1.1. Colombia	10
2.1.2. Perfil epidemiológico	10
2.2. Legislación en Salud en Colombia	13
2.2.1. Ley 100 de 1993	14
2.2.2. Ley 1122 de 2007	16
2.2.3. Plan Nacional de Salud Pública (PNSP)	17
2.2.4. Ley 1438 de 2011	18
2.2.5. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021	19
2.2.6. Ley 1751 de 2015	20
2.2.7. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	22
2.3. Salud de la Población	26
2.3.1. Salud y enfermedad	26
2.3.2. Promoción de la salud	27
2.3.3. Prevención de la enfermedad	30
2.3.4. Pentagrama de la salud pública	33
2.4. Atención Primaria en Salud (APS)	34
2.4.1. Definición de APS	34
2.4.2. APS renovada	36
2.4.3. APS y Acceso y Cobertura Universal	40
2.4.4. Experiencias en Colombia en APS	41
2.5. Enfoque de Equidad (EE) y Determinantes Sociales en Salud (DSS)	44
2.5.1. Concepto de equidad	45
2.5.2. Conceptos de los determinantes de la salud	46

2.5.3. Concepto de DSS	47
2.5.4. EE y DSS	51
2.6. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	52
2.6.1. Justificación y definición	52
2.6.2. RISS en Colombia	58
2.7. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)	61
2.7.1. Definición de APOC	61
2.7.2. Proceso de APOC	63
2.7.3. Importancia del abordaje comunitario	65
2.7.4. Experiencias en APOC	66
2.8. Formación de Recursos Humanos en APS y DSS	67
2.8.1 Formación de recursos humanos en atención integral	67
2.8.2. Diálogo de saberes/intercultural en salud	73
2.8.3. El papel de la APS y los DSS en los Recursos Humanos en Salud (RHS)	74
3. Justificación de las Publicaciones que Conforman la Tesis	76
3.1. Justificación de las Publicaciones	76
3.2. Descripción de cada una de las Publicaciones	77
4. Resumen Global de las Publicaciones	89
4.1. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach	89
4.2. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional	95
4.3. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana	97
4.4. Experiencia de sensibilización de talento humanos en salud en Atención primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) nodo Colombia (2013-2015)	101

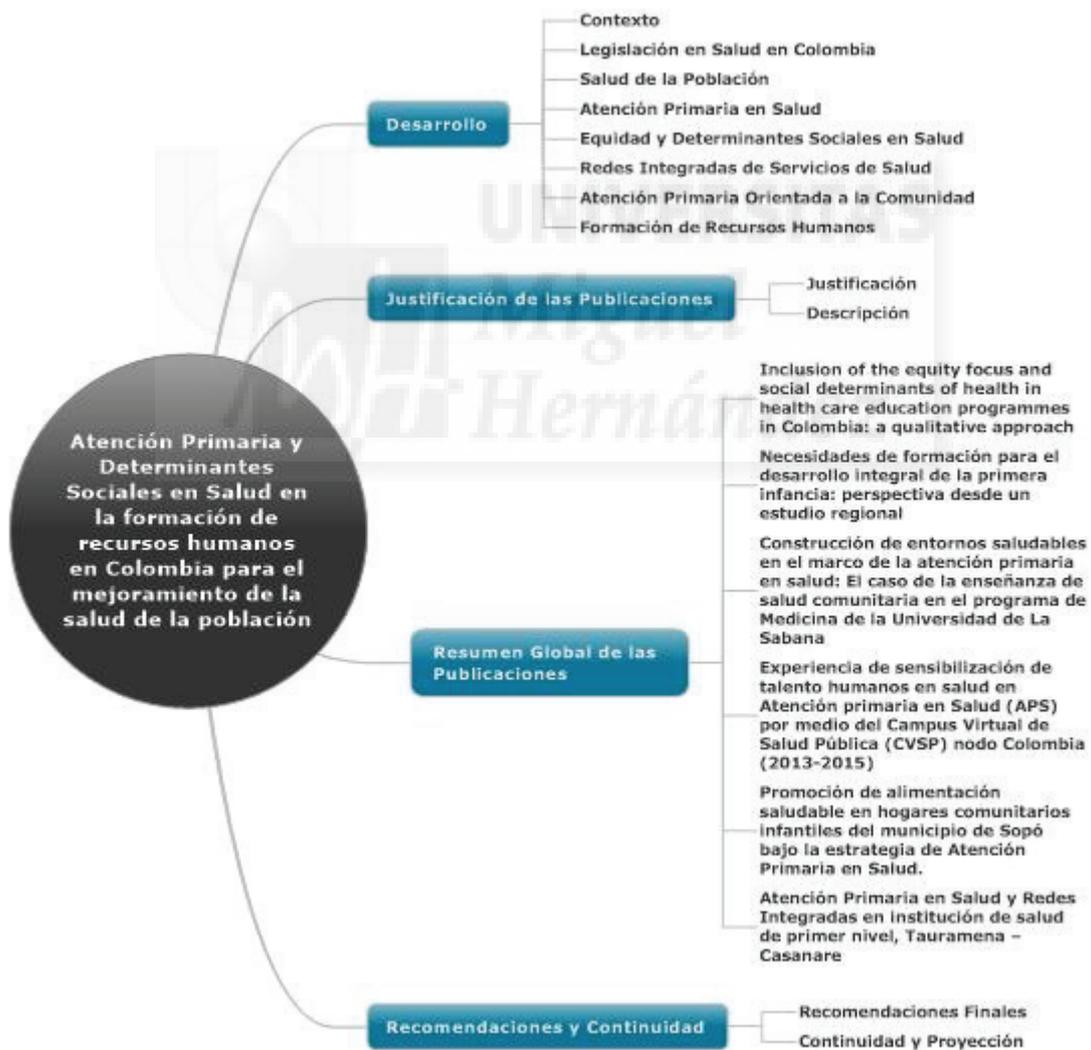
Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

4.5. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.	105
4.6. Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en institución de salud de primer nivel, Tauramena – Casanare	108
5. Recomendaciones y Continuidad	110
5.1. Recomendaciones Finales	110
5.2. Continuidad y Proyección	111
6. Siglas y Acrónimos	113
7. Bibliografía	115
8. Anexos	129



1. INTRODUCCIÓN

El documento inicia con la revisión teórica de los principales hitos y elementos necesarios que llevan al entendimiento del hilo conductor del tema de la tesis doctoral. Posteriormente, se presentan las publicaciones que justifican el desarrollo de la misma, especificando sus resultados y las conclusiones, y finalizando con las recomendaciones y continuidad de la tesis doctoral.



2. DESARROLLO DEL TEMA

2.1 CONTEXTO

2.1.1. Colombia:

Colombia es un país ubicado en la región de Suramérica, que a 2016 según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) contaba con una población aproximada de 48.646.351 habitantes (1,2).

Colombia es considerado como un país con gran diversidad étnica y cultural consecuencia del mestizaje principalmente entre la población indígena amerindia, la población proveniente de la colonización española y la población migrante afrodescendiente, dando como resultado a un país con múltiples costumbres (3). Al igual que la diversidad en las características de su población, Colombia también cuenta diversidad en sus características climáticas debido a sus condiciones geográficas, considerándose un país tropical y montañoso (4).

2.1.2. Perfil epidemiológico:

En los últimos años en Colombia ha habido variaciones en su perfil epidemiológico, presentando incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, pero sin superar a las enfermedades de tipo infeccioso (5). En donde la isquemia cardiaca y la enfermedad cardiovascular se presentan como las principales causas de mortalidad en el país. Las enfermedades crónicas son más frecuentes en población de adultos y adultos mayores, y las infecciosas en edades tempranas (6).

Esta variación del grupo de enfermedades es propia de procesos de transición epidemiológica y demográfica, en donde se presentan cambios en indicadores de salud (mortalidad, natalidad, fecundidad, tamaño de la población o expectativa de vida), los cuales repercuten en la presentación del grupo de enfermedades que se presentan en una población (7).

La transición demográfica consiste en cambios demográficos de un país o región, en donde en los primeros años el crecimiento de la población se presenta por una disminución de la mortalidad, esto por consecuencia del mejoramiento de las condiciones de vida y de los servicios de salud; luego en años posteriores se presenta disminución de

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

la natalidad y una desaceleración de la mortalidad, pero no lo suficiente para disminuir el tamaño de la población, lo que genera un incremento en la expectativa de vida y en donde el grupo de grupo de población adulta y adulta mayor empiezan a ser mayoría (8,9)

El término de transición demográfica nace en la década de los 40s en el siglo pasado, como un fenómeno para explicar la variación poblacional en Europa, posteriormente en los 80s el término se complejiza debido a los avances en la epidemiología moderna en explicar los cambios en los perfiles de salud de la población (8,10). Estos cambios inician posteriormente en América Latina, considerando que al año 2000 se ha iniciado el proceso de transición (9).

Debido a estos cambios poblaciones en la mortalidad, natalidad e incremento de la expectativa de vida en los países, el patrón de enfermedades empieza a cambiar, pasando de enfermedades transmisibles, nutricionales carenciales y materno-perinatales a enfermedades crónicas, degenerativas y cáncer, lo cual se conoce como transición epidemiológica. Cabe destacar que en la actualidad es difícil separar los términos de transición epidemiológica y demográfica dada su estrecha relación entre los dos (7,10).

En este proceso de transición en Colombia la mortalidad general ha disminuido de 6,77 por mil habitantes en 1985 a 5,8 por mil habitantes en 2012, los nacimientos han disminuido pasando de una tasa de natalidad de 28,8 por mil habitantes en 1985 a 18,9 por mil habitantes en 2012 y la expectativa de vida al nacer se ha incrementado de 67,9 años en 1985 a 75,2 años en 2012 (6).

Entre el 2005 y el 2012 en Colombia las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, causando el 29,8% de los decesos. Las neoplasias contribuyeron al 17,6% de las muertes y las enfermedades transmisibles el 6,8%, destacando que entre 15 y 20 años atrás una causa importante de muerte estaba relacionada con la violencia en Colombia (5,11).

En ese periodo, las enfermedades isquémicas del corazón ocuparon el primer lugar en las enfermedades del sistema circulatorio generando el 52,5% de las muertes en hombres y 44,4% en mujeres seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 21,3% en hombres y 26,6% en mujeres, y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas provocaron un 9,35% de defunciones en hombres y 11% en mujeres (11).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En las neoplasias, la primer causa fueron los tumores digestivos y peritoneales (exceptuando estómago y colon) con un 15% de las muertes por neoplasias, 14,6% para tumores en localizaciones no especificadas según el sistema de codificación, y el tercer lugar para tumor maligno de estómago con el 13,3% de las muertes. En hombres la primera causa fue el tumor maligno de estómago con el 16,3% de las muertes, seguido de 14,9% de localización no especificada, y en tercer lugar tumores malignos de próstata con el 14%. En mujeres, los tumores digestivos contribuyeron al 15,7% de las muertes por neoplasias, seguido de 14,4% de localización no especificada, y con 12,44 por tumor maligno de mama (11).

En relación a las muertes por enfermedades transmisibles la tendencia es a la disminución. La enfermedad respiratoria aguda es la primera causa de mortalidad con un 48,6% de las muertes por enfermedades transmisibles, seguido por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) con el 17,5% de las muertes. Aunque las enfermedades transmisibles han disminuido en los últimos años, estas siguen siendo una causa importante en las zonas más vulnerables, pobres y distantes del país (11).

Dadas las características del país en donde las enfermedades crónicas coexisten en igual proporción junto a las infecciosas y sumado a las enfermedades traumáticas y relacionadas con la violencia se establece que Colombia está en un proceso llamado estancamiento epidemiológico, requiriendo acciones de salud que sean orientadas a este tipo de particularidades e incidan sobre los determinantes de la salud (5,6).

De este modo, las enfermedades crónicas no transmisibles al igual que las infecciosas son susceptibles a ser evitadas o mitigadas, mediante la atención integral la cual consiste en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la educación, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación (12,13).

Por otra parte, cabe destacar que Colombia es un país que durante por lo menos 50 años estuvo bajo una situación de conflicto armado, de la cual hasta ahora está saliendo. Situación que incrementó las enfermedades relacionadas con la violencia y generó un reto para el proceso de atención en salud del país. Sin embargo, el proceso de paz actual de país se presenta como una oportunidad para la construcción de un país, y un reto social para los profesionales de la salud en la tarea de ayudar a la población en la etapa de postconflicto (14,15).

2.2. LEGISLACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA

En los últimos años, muchos países en el mundo se han caracterizado tener sistemas de salud centrados en atención curativa especializada, enfocada en la prestación de servicios por grupos de enfermedades, y que beneficia los intereses comerciales sobre los colectivos (16). Este es el caso del sistema de salud colombiano, el cual ha favorecido un modelo de atención curativa, centrado en los servicios hospitalarios, basado en los especialistas y bajo el modelo de la teoría del libre mercado, factores que que limitan el acceso universal en salud y por consiguiente genera inequidades en el financiamiento y acceso del sistema, lo cual debería promover una atención centrada en las personas y el mejor establecimiento de la salud en las comunidades (17,18). Sistema que prioriza a la asignación de recursos para el componente de los servicios de salud sobre los demás determinantes de la salud (ambiente y comportamiento) los cuales pueden significar más del 60% de la influencia sobre las enfermedades comunes y el mantenimiento de la salud de las personas, siendo el principal de ellos, el estilo de vida (19,20,21).

Igualmente, como lo menciona la iniciativa de salud pública en las Américas (2002), desde la conceptualización, instrumentalización y puesta en acción de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), específicamente en la quinta FESP referida a la “formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento de la salud pública”, en la región de las Américas existe una fisura entre la implementación y formulación de las políticas, siendo en muchas ocasiones la implementación un componente más importante para tener éxito en las políticas de salud (22).

De ese modo, los sistemas de salud deben avanzar hacia el cumplimiento de 4 ejes: 1. Mejoramiento entre la formulación y la implementación de las políticas, 2. Mejorar el papel rector del estado, 3. Mejorar los procesos de regulación para alcanzar la sostenibilidad financiera, y 4. Promover la competencia y rendición de cuentas de las instituciones de salud. Los planes de beneficios promueven el derecho a la salud, requiriendo de la definición articulada de las inclusiones y exclusiones. En el proceso de la arquitectura del sistema, deben quedar definidas de manera clara las funciones de cada uno de los actores, en para el caso de Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social debe asumir su función de rectoría, articulándose con actores del nivel hospitalario, del nivel

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

asegurador, del nivel público departamental y local, y del nivel ciudadano, y así avanzar en la articulación de su red de servicios (23).

El sistema de salud colombiano carece de una orientación planificadora al largo plazo. Es un sistema considerado en su concepción como innovador, con un claro sentido social, y equilibrio en la financiación y cobertura. Sin embargo, su implementación no fue realizada de manera adecuada, predominando los intereses de unos actores del sistema sobre otros, a pesar del planteamiento de reformas posteriores. La regulación se ha centrado en el control del gasto, y la financiación, pero no a mejorar el perfil de la población. De esta manera se entiende el enfoque mercantilista del sistema de salud en Colombia (24).

Por lo cual, resulta importante entender cuál es el marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) actual en Colombia, mediante la Ley 100 de 1993, y como posteriormente, se realizan reformas orientadas a subsanar los problemas del sistema, mejorar la salud pública, a integrar la Atención Primaria en Salud (APS), a considerar la salud como un derecho fundamental en el país y a definir los elementos para un nuevo modelo integral de atención.

2.2.1. Ley 100 de 1993:

Desde 1993, ha habido cambios en la normatividad del sistema de salud colombiano con el propósito de garantizar la salud a todos los colombianos. Estos cambios se dan mediante la Ley 100 de 1993 (17,25).

Con la Ley 100 de 1993, la salud en Colombia queda reformada substancialmente, cambiando el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) que venía funcionando desde 1975 (25,26). Es así, como el Estado Colombiano cambia su función de financiador y prestador, a asumir la función de modulador y regulador del sistema. Adicionalmente, se crean dos regímenes, el subsidiado (población sin capacidad de pago) y el contributivo (población con capacidad de pago), regímenes con derecho a un paquete de servicios de salud, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). Sistema financiado en parte por recursos públicos, pero principalmente, por un porcentaje de los ingresos de los trabajadores del país, el cual representa el 70% de los recursos (17,25,27).

También se crea la figura de las aseguradoras, llamadas Empresas Promotoras de la Salud (EPS), encargadas solamente de afiliar y de administrar el modelo de riesgo de los usuarios, EPS que recibían recursos económicos recaudados por el Estado por cada

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

tampoco es completamente solidario ni universal, ya que algunas personas con capacidad de pago (llamados independientes por no contar con un contrato laboral) no figuran cotizando al sistema, cotizan por debajo de su capacidad adquisitiva o pertenecen al régimen subsidiado (quitándole la oportunidad a la población que realmente lo necesita) (27,29).

La Ley 100 de 1993, también ha presentado muchos inconvenientes, explicados en la inadecuada aplicación de la norma. En primer lugar, las EPS quienes tenían la única función de asegurar y administrar el riesgo, empezaron a prestar servicios de salud por cuenta propia (a esto se le llama integración vertical) cuando no tenían la potestad para hacerlo (limitando la prestación de servicios a su propia red), también empezaron a limitar el pago por los servicios prestados a las IPS y a retrasar o no autorizar procedimientos, métodos diagnósticos y terapéuticos a población que requería justificadamente de estos servicios, y discriminando a población prioritaria en el proceso de atención (pacientes con patologías oncológicas, con patologías renales, adultos mayores, discapacitados, entre otros). Por otro lado, los hospitales (dependiendo el tipo de contratación que tengan con las aseguradoras), han fomentado el sobre-diagnóstico, el incremento en los días de hospitalización o el incremento de solicitudes de procedimientos innecesarios, todo con el objetivo de incrementar la facturación y ganancias, sumado a la disminución de las condiciones laborales dignas para los trabajadores de la salud, ya que la mayoría han sido contratados mediante tercerización (cooperativas de trabajo asociado) o por prestación de servicios (sin contrato laboral lo que limita su cotización al SGSSS). La calidad en la atención también disminuyó, prefiriendo la productividad y la mercantilización del sistema sobre las necesidades del paciente y comunidad, dejando de lado un enfoque promocional de la salud y preventivo que debe asumir un sistema, y de esta manera limitando a que las principales necesidades en salud de la población terminen resolviéndose, ni garantizando que a futuro se puedan resolver (5,27).

A pesar de las limitaciones enunciadas, la ley trajo consigo el incremento del aseguramiento de la población, la cual pasó del 47% en 1994 a casi 98% en 2010. Aseguramiento que ha tenido un impacto importante en la disminución de la mortalidad general en Colombia entre 1998 a 2007 (30).

2.2.2. Ley 1122 de 2007:

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Ante esto, a inicios del 2007 se genera la primera reforma a la Ley 100 mediante la Ley 1122, la cual buscaba intervenir los principales problemas de aplicación de la Ley 100. Cambiando componentes en el financiamiento, el aseguramiento, en la prestación de servicios de salud, en salud pública y en vigilancia y control. En financiamiento, se aumenta el porcentaje de cotización (pasando del 12% de los ingresos del trabajador a 12,5%), destinando este aumento a aumentar los recursos para el régimen subsidiado; adicionalmente, se obliga a las EPS a pagar mes anticipado por los servicios contratados con las IPS. En aseguramiento, se restringe la integración vertical que las EPS tenían con sus propias IPS. En prestación de servicios de salud, se regula la prestación, y la permanencia y selección de los gerentes (debido a que en algunas instituciones públicas se registraban gerentes con 10 a 20 años en el cargo). En salud pública, debido a que las acciones a nivel colectivo realizadas se habían restringido a una responsabilidad pública (solamente responsabilizándose los municipios, distritos y departamentos por esta función) y de limitarse en la práctica al cumplimiento de objetivos (diligenciamiento de formatos y cumplimiento de metas, fraccionando la integralidad de la salud de las personas), se decide eliminar el PAB y crear el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para que integrara estas funciones y todos los actores responsables de la salud en el país. Y en vigilancia, se mejoran e incrementan las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema (principalmente a la Superintendencia de Salud) (31).

Aunque de manera importante 14 años después se considera que la Ley 100 debe reformarse, varios autores consideran que esta reforma del 2007 no realiza ningún cambio fundamental ni trascendente, posibilitando a que los problemas de sistema de salud continuasen. Lo que se destaca de la norma fue la reivindicación de la salud pública en Colombia, elemento olvidado con la Ley 100 de 1993 (17,29,32).

2.2.3. Plan Nacional de Salud Pública (PNSP):

Consecuencia de la Ley 1122, en el 2007 se crea mediante el Decreto 3039 el PNSP. El cual establece como principales líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia y gestión del conocimiento, y gestión integral del PNSP. Estableciendo responsabilidades a nivel nación, departamentos, distritos, municipios, EPS e IPS. Y teniendo como prioridades: salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y lesiones violentas evitables, enfermedades transmisibles y zoonosis,

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

enfermedades crónicas no transmisibles, y nutrición entre las principales. Es así, que el PNSP se presenta como una alternativa para mejorar el estado de salud de las poblaciones, al establecer líneas de política y prioridades integrales. Pero, la limitación actual del PNSP se evidencia en el desinterés o fragmentación en el mismo, por parte de las EPS e IPS, dejando nuevamente la responsabilidad a las entidades gubernamentales y no involucrando a la población como actor fundamental (29,31,33).

Así como el PNSP, es derivado de la Ley 1122, el PNSP incentiva a la creación de la Resolución 425 del 2008, la cual establece los lineamientos para la construcción de “Planes de Salud” a nivel territorial o municipal (local) para periodos de 4 años, adaptado a las necesidades de cada población y contemplando 6 ejes programáticos: 1. Aseguramiento, 2. Prestación y desarrollo de servicios de salud, 3. Salud Pública, 4. Promoción social, 5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales, y 6. Emergencias (34).

2.2.4. Ley 1438 de 2011:

En enero del 2011, se realiza la segunda reforma al sistema de salud colombiano, mediante la Ley 1438. Ley orientada a favorecer la resolución de las principales necesidades en salud presentes y a futuro, y a subsanar inconsistencias y vacíos presentados en el pasado. Dentro de los principales cambios, está el enfoque del sistema, el cual sugiere el cambio hacia un enfoque basado en salud pública y Atención Primaria en Salud (APS). Teniendo como base para el establecimiento de prioridades en el país: la prevalencia e incidencia de morbimortalidad materna, perinatal e infantil, la incidencia de enfermedades de interés en salud pública, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y precursoras de alto costo, la incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles, y el acceso efectivo a la salud (no solo carnet de afiliación que garantiza el aseguramiento) (35).

Por tanto, esta norma posibilita un modelo basado en APS que pueda avanzar en el abordaje de las principales prioridades de salud del país, modelo que sugiere hacer énfasis en acciones de salud pública, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en acciones intersectoriales, en una cultura de autocuidado, en orientación individual, familiar y comunitaria; en atención en salud integral, integrada y continua, en la interculturalidad, en un recurso humano de excelente calidad, en el fortalecimiento de la baja complejidad (resolutividad), en la participación activa de la comunidad, en un enfoque

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

territorial, y en equipos básicos de salud. Modelo que a la fecha no se conoce por múltiples actores del sistema (Hospitales, profesionales de la salud y comunidad), y sólo se ha implementado por pocos (35,36,37).

De acuerdo a la normatividad, se debe favorecer un modelo que pueda llegar a la comunidad, mediante un abordaje de territorio, fomentando una cultura de autocuidado, y que permita resolver las principales necesidades y problemáticas en salud en el territorio, destacando la prevalencia de las enfermedades crónicas y las enfermedades infecciosas.

2.2.5. Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021:

Ya para el 2012, se formula el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para la vigencia 2012-2021, el cual avala los principios de la APS y formula el desarrollo de programas para posibilitar su alcance. Este PDSP se orientó a lograr la equidad en salud y desarrollo humano para Colombia, mediante el planteamiento de 8 condiciones prioritarias y 2 transversales (tabla 1). El plan formula que estas condiciones desde ahora deberán ser el hilo conductor para los Planes Territoriales de Salud (PTS) de cada una de las regiones del país El plan también le apuesta a avanzar en el mejoramiento de la equidad en salud. (38,39).

Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-21

Dimensiones prioritarias:

1. Salud ambiental.
2. Convivencia social y salud mental.
3. Seguridad alimentaria y nutricional.
4. Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.
5. Vida saludable y enfermedades transmisibles.
6. Salud pública en emergencias y desastres.
7. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
8. Salud y ámbito laboral.

Dimensiones transversales:

1. Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables (niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, personas en condición de discapacidad, adulto mayor, u personas víctimas del conflicto armado).

2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud

Tabla 1. Dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud Pública para Colombia, 2012-21 [Sacada y adaptada de (38)]

Cada dimensión prioritaria tiene acciones y metas específicas, que deben considerar a las transversales. Por ejemplo, en la dimensión de vida saludable y enfermedades no transmisibles (dadas las características del perfil epidemiológico en Colombia), de plantean metas específicas para 2 componentes: 1. Modos, condiciones y estilos de vida saludables (tabaco, alimentos saludables, actividad física, alcohol, y cultura del autocuidado) y 2. Condiciones crónicas prevalentes (cobertura, medicamentos esenciales, hipertensión arterial, diabetes, colesterol, tabaco, riesgo cardiovascular, enfermedad renal, caries, defectos refractivos, trasplantes, cuidados paliativos, y envejecimiento activo y saludable) (38).

En el caso de la dimensión de vida saludable y enfermedades trasmisibles se consideran 3 componentes para garantizar que la población pueda “vivir libre de enfermedades trasmisibles”: 1. Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, 2. Enfermedades inmuno-prevenibles, y 3. Enfermedades endemo-epidémicas. Se reflexiona desde la academia, que la consideración de estos compontes de manera articulada, entre la política, la comunidad y las sociedades científicas, lograrán impactar positivamente en esta dimensión, teniendo especial relevancia las acciones a nivel local desde el PTS (39).

2.2.6. Ley 1751 de 2015:

No obstante, consecuencia de los aciertos y limitaciones de la normativa en salud en Colombia, a inicio del 2015 el Congreso de Colombia establece la Ley 1751. La cual se plantea como fin con esta norma modificar a un derecho fundamental, en este caso el derecho a la salud, el cual para Colombia no era un derecho fundamental, era un derecho prestacional subjetivo, en directa relación con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida. Esta modificación de un derecho fundamental se conoce como “Ley estatutaria”, que a diferencia de las anteriores leyes, declaraciones y resoluciones son conocidas como “Leyes ordinarias”, las cuales son normativas que ayudan a soportar un derecho fundamental (40,41).

En otras palabras, la Ley 1751 reconoce la salud como un derecho fundamental para Colombia desde el año 2015, “derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo”. Para el cumplimiento de este derecho se formulan elementos y principios que

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

le dan hilo conductor (tabla 2). Adicionalmente, la Ley considera que el sistema de salud debe avanzar hacia la atención integral (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad) y bajo un abordaje de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), y así avanzar en la reducción de las desigualdades en salud. La norma también define los derechos de la población, los sujetos de especial protección, los mecanismos de participación ciudadana, las redes de servicios, la prohibición de la negación de servicios y la regulación y autonomía de los profesionales de la salud (42).

Elementos y Principios del derecho fundamental de la salud para Colombia

Elementos

- **Disponibilidad:** Garantía de servicios y tecnologías, programas de salud y personal competente en las instituciones de salud.
- **Aceptabilidad:** Respeto por la ética médica y la diversidad cultural del país, por parte de todos los actores del sistema.
- **Accesibilidad:** Igualdad y acceso a todos los servicios y tecnologías de salud.
- **Calidad e idoneidad profesional:** Personal de salud altamente competente, basado en la mejor educación continua, investigación científica, con calidad en la prestación de los servicios y servicios centrados en el usuario

Principios

- **Universalidad:** Todos los residentes gozarán del derecho a la salud.
- **Pro homine:** Interpretación favorable de las normas vigentes para la protección del derecho a la salud.
- **Equidad:** Adopción de políticas para el mejoramiento de la salud de personas con escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.
- **Continuidad:** Servicios de salud de manera oportuna e ininterrumpidos.
- **Oportunidad:** Prestación de servicios sin dilaciones.
- **Prevalencia de derechos:** Garantía de atención integral a los niños y adolescentes.
- **Progresividad del derecho:** Ampliación gradual y progresiva del acceso, calidad, y capacidad instalada de los servicios de salud, así como el mejoramiento del talento humano en salud.
- **Libre elección:** Libertad de elección de las entidades de salud por parte de las personas

- **Sostenibilidad:** Aseguramiento progresivo de los recursos de acuerdo a la sostenibilidad fiscal del país.
- **Solidaridad:** Sistema basado en el mutuo apoyo entre todas las personas y sectores del país.
- **Eficiencia:** Optimización del uso social y económico de los recursos, servicios y tecnologías disponibles.
- **Interculturalidad:** Respeto por las diferencias culturales y mecanismos de trabajo que integren estas diferencias.
- **Protección:** Protección del derecho a la salud, de acuerdo a sus costumbres, para los pueblos indígenas, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Tabla 2. Principios del derecho fundamental de la salud para Colombia [Sacado de (42)]

Garantizar el derecho a la salud en Colombia supone muchos retos para el país, sobre todo un sistema de salud mercantilista que favorece la fragmentación de los servicios, la prestación centrada en las especialidades médicas, la supresión de barreras de acceso, el trabajo en red, el fortalecimiento de la baja complejidad, y los intereses diversos de varios actores del sistema (42,43).

Otro elemento importante de discusión que trae la Ley estatutaria, consiste en la autonomía profesional, principalmente en un sistema de salud en el cual la autonomía puede ser coaccionada por las instituciones hospitalarias, las aseguradoras, la industria farmacéutica, y hasta la misma población, al demandar o negar la prescripción de servicios, procedimientos y tratamientos por fuera de la evidencia o definidas en las guías de práctica clínica. La autonomía profesional definida en la Ley se entiende como la garantía de los profesionales de la salud para “tomar las decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo”, lo anterior bajo la “autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica”. Ley que “prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional”, al igual que también prohíbe la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral” (42,44).

2.2.7. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS):

Consecuencia de la Ley estatutaria, las anteriores normas y a la necesidad de cambiar el funcionamiento del sistema de salud en Colombia, recientemente en febrero de 2016 se

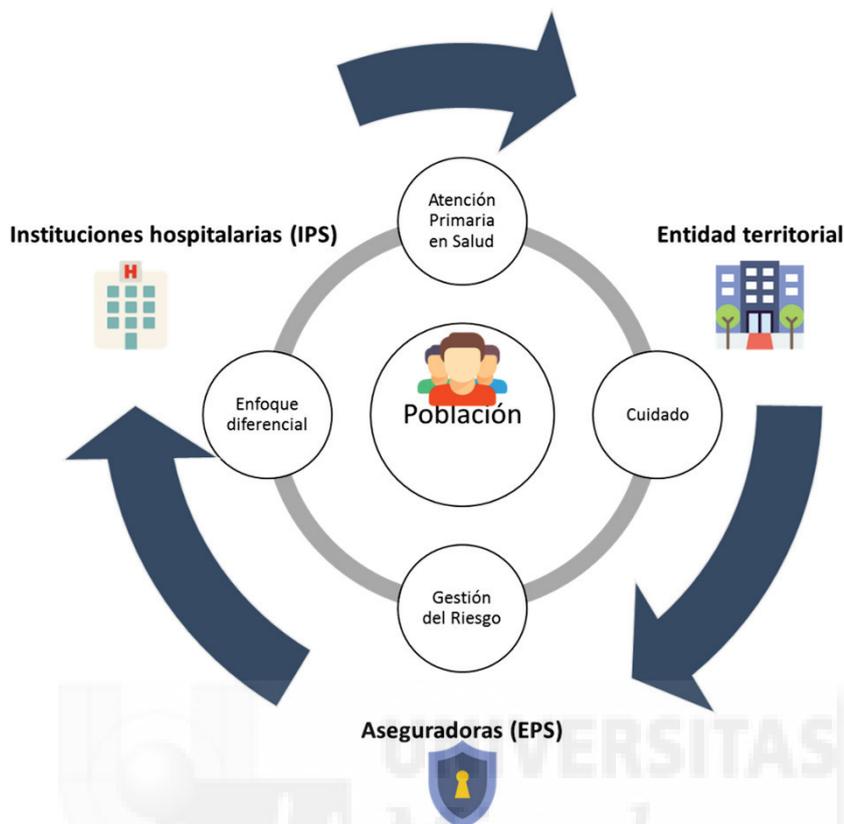
Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

formuló la Política Atención Integral en Salud (PAIS), la cual describe el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MIAS) para Colombia (45,46).

Política que se orienta a “mejorar las condiciones de salud de la población”, regulando e integrando funcionalmente a todos los actores responsables de la salud y la enfermedad en el sistema de salud. Estableciendo así en el MIAS los elementos operativos y estratégicos para poder avanzar con todos los actores del sistema hacía una atención en salud centrada en las personas (45).

Por lo tanto, para conseguir lo contemplado en la política se definen 4 estrategias centrales: 1. Atención Primaria en Salud (APS), 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud, y 4. El enfoque diferencial (gráfica 2). La APS como estrategia base para resolver los problemas y necesidades de la población mediante un enfoque en salud familiar y comunitaria, requiriendo el fortalecimiento de competencias en los recursos humanos en salud, como también del desarrollo de equipos interdisciplinarios para la atención en salud en personas, familias y comunidades. El cuidado como la interacción entre el individuo y el estado para mantener la salud en las personas, familias y comunidades. La gestión integral del riesgo como una estrategia de articulación entre la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios de salud. Por último, un enfoque diferencial adaptado a las particularidades de los territorios y la población (46).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

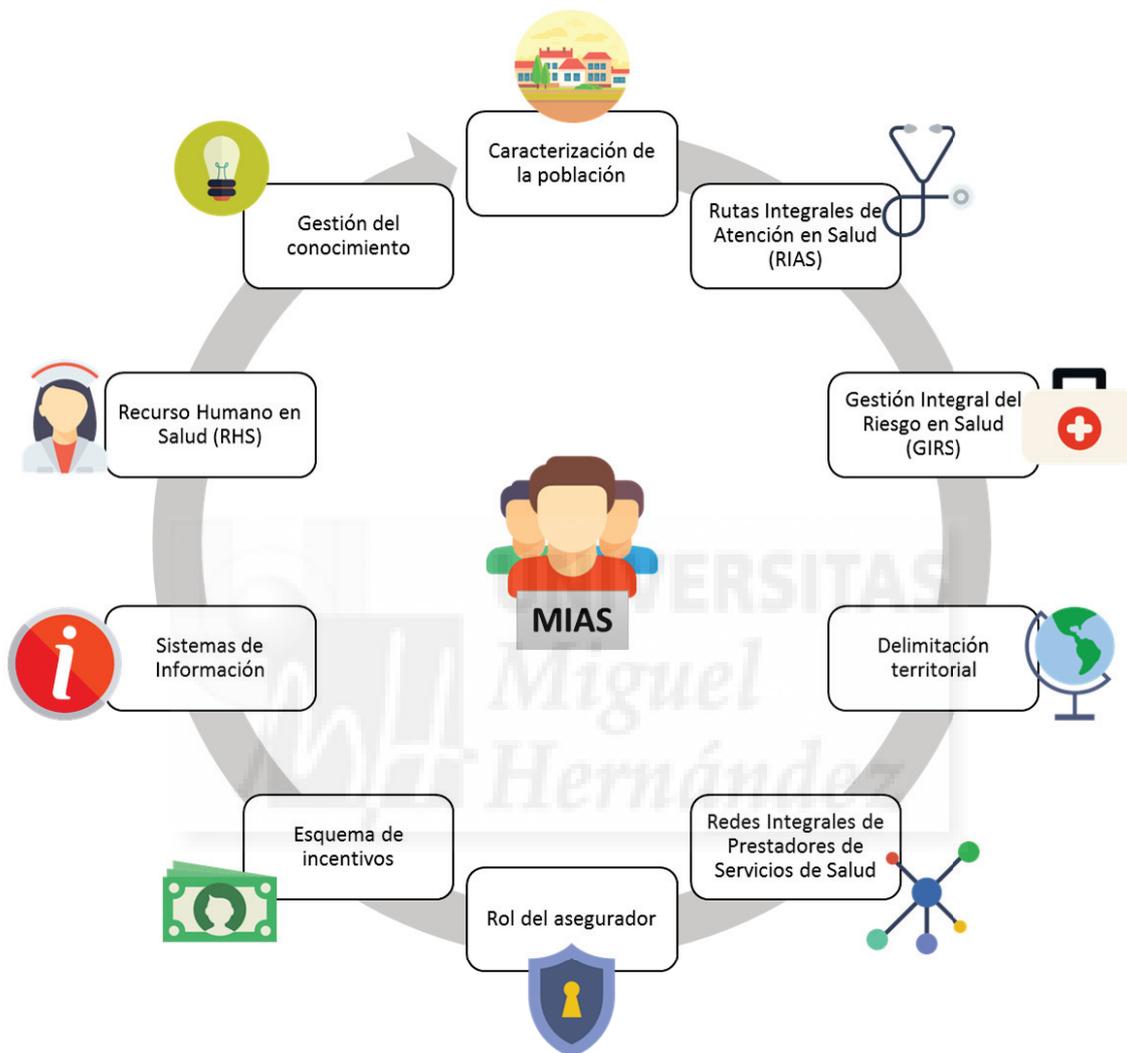


Gráfica 2. Ejes estratégicos de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) [Basado y adaptado de (45,46) y con apoyo de la herramienta (28)]

Igualmente, el MIAS define 10 componentes fundamentales para el cumplimiento las estrategias definidas en la política (gráfica 3). De estos 10 componentes se destacan las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Las RIAS son las acciones que definen “las acciones del cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.... y paliación”, planteando 3 tipos de rutas: 1. Rutas de promoción y mantenimiento de la salud (Acciones colectivas para el mantenimiento de la salud y la promoción de entornos saludables), 2. Rutas de grupo de riesgo (Acciones individuales y colectivas para la identificación e intervención de los principales factores de riesgo), y 3. Rutas específicas de atención (16 acciones específicas por grupo y eventos, detallados en la tabla 3). Por su parte, las Redes Integrales definen la articulación de los diferentes actores del sistema para la prestación de servicios de salud en el territorio definido, por lo cual los servicios de organizan en

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

prestadores primarios (antes llamados centros de atención primaria, o primer nivel de atención) y en prestadores complementarios (hospitales o centros especializados, antes llamados segundo o tercer nivel de atención) (45,46).



Gráfica 3. Diez componentes fundamentales del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) [Basado y adaptado de (45,46) y con apoyo de la herramienta (28)]

Rutas por grupo de riesgo y evento para Colombia

1. **Alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas:** Diabetes mellitus, accidentes cerebro-vasculares, Hipertensión Arterial (HTA), Infarto agudo de miocardio (IAM), y enfermedad renal crónica.
2. **Infecciones respiratorias crónicas:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

3. **Presencia de alteraciones nutricionales:** Anemia por desnutrición, desnutrición, sobrepeso y obesidad.
4. **Trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones:** Psicosis tóxica asociada a consumo de sustancias psicoactivas, uso nocivo, sobredosis, dependencia, efectos agudos y crónicos sobre la salud, y problemas sociales agudos y crónicos.
5. **Trastornos psicosociales y del comportamiento:** Depresión, demencia, esquizofrenia, y suicidio.
6. **Alteraciones en la salud bucal:** Caries, fluorosis, enfermedad periodontal, edentulismo, tejidos blandos, y estomatosis.
7. **Cáncer:** Cáncer de piel no melanoma, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer gástrico, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, y leucemias y linfomas.
8. **En condición materno-perinatal:** Interrupción voluntaria del embarazo, hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciosas, endocrinológicas y metabólicas, enfermedades congénitas y metabólicas genéticas, bajo peso, prematuridad, y asfisia perinatal.
9. **Infecciones:** Transmitidas por vectores (Chikungunya, Malaria, Leishmaniasis, Chagas, entre otras), transmisión sexual (Virus de inmunodeficiencia humana [VIH]), hepatitis B, sífilis, infecciones de transmisión sexual), enfermedad transmitida por alimentos (ETA), enfermedad respiratoria aguda (ERA), neumonía, enfermedad diarreica aguda (EDA), e inmuno-prevenibles.
10. **Zoonosis y agresiones por animales:** Accidente rábico y ofídico.
11. **Enfermedad y accidentes laborales.**
12. **Sujeto de agresiones, accidentes y traumas:** Violencia relacionada con el conflicto armado, de género y conflictividad social.
13. **Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.**
14. **Enfermedades raras:** Hemofilia, fibrosis quística, artritis idiopática, y distrofias.
15. **Trastornos visuales y auditivos:** Defectos refractivos (Miopía, hipermetropía, astigmatismo), ambliopía, glaucoma, cataratas, retinopatía del prematuro, visión baja, traumas del oído, hipoacusia, otitis, y vértigo.
16. **Riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes:** Enfermedades neurológicas, enfermedades del colágeno, y artrosis

Tabla 3. Rutas por grupo de riesgo y evento [Basado y adaptado de (45,46)]

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En otras palabras, el MIAS cambia de un sistema basado en aseguramiento a un sistema de salud basado en un modelo de atención, modificando su estructura de funcionamiento y la organización de sus actores para avanzar en la garantía del derecho fundamental de la salud y el mejoramiento de la salud de su población (46).

2.3. SALUD DE LA POBLACIÓN

2.3.1. Salud y enfermedad:

Definir la salud y la enfermedad se considera un asunto completo, dado que es difícil realizar la distinción entre los 2 conceptos debido a la cercanía entre uno y otro (47). Incluso se presenta mucha controversia en sus definiciones al realizar la revisión del estado del arte del tema, dada su relación con los términos de bienestar o calidad de vida, o la dualidad entre normalidad y anormalidad, o entre lo bueno y lo malo (48).

Para iniciar, salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue definida en 1946, como el “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o invalideces” (49).

Definición que en la actualidad se considera que depende de factores “políticos, económicos, sociales, culturales, religiosos y científicos”, lo cual supone que la salud no debe limitarse a un abordaje meramente biológico, sino que requiere de un abordaje amplio, el cual a su vez involucra a sectores diferentes del sanitario, como también no es exclusivo de los profesionales de la salud, por lo cual la salud requiere de acercamientos intersectoriales e interdisciplinarios (47,50).

Otro elemento importante de la definición de 1946, es la concepción de que la salud no depende exclusivamente de los hospitales (19,20), destacando la inclusión de otros factores que permiten un acercamiento a las realidades de la población (hechos sociales) y no simplemente como un concepto teórico (47,51).

Por otro lado, en el entendimiento de la salud y la enfermedad, lo contrario a salud se ha definido como a las anormalidades en los procesos fisiológicos, biológicos o psicológicos (patología = disease). Dichas anormalidades pueden llevar a un desbalance en las dimensiones sociales de la persona (enfermedad = sickness), teniendo efectos sobre las personas y en sus entornos (padecimiento = Illness) (51).

Igualmente, la concepción de salud y enfermedad se considera como algo subjetivo, que depende del individuo, del contexto, de las condiciones culturales, y del momento en el tiempo en el que se revise (47). Por ejemplo, desde la antropología es muy difícil definir salud por las características socioculturales (la salud está integrada a la cultura de los grupos sociales), en cambio enfermedad es definida por la presencia o evidencia de alguna alteración física o mental (52,53). También desde la ecología, se discute sobre el efecto que tiene el hombre hacia el ambiente, pero también el efecto que el ambiente tiene sobre el hombre en su proceso de salud y enfermedad (54).

Para ir cerrando la discusión sobre salud y enfermedad, o mejor para ir profundizando sobre el tema y sus desafíos, lo cierto es que entender la integralidad de salud y enfermedad en la práctica requiere del re-establecimiento del balance entre la atención en salud (volver a introducir la promoción de la salud) y la atención en enfermedad (no limitar a la enfermedad a diagnóstico, curación, paliación y rehabilitación, incluir la prevención de la enfermedad), ya que no es posible separarlos debido a la relación entre uno y otro, requiriendo por ambos de la consideración desde los determinantes de salud para su abordaje integral (55).

2.3.2. Promoción de la salud:

La OMS define a la promoción de la salud en 1986 en su primera conferencia de promoción de la salud (Ottawa) como el “proceso de permitir a la gente de aumentar el control sobre su salud, y mejorar la salud, definida la salud como un recurso para la vida diaria”. Requiriendo de condiciones fundamentales y recursos para la salud, como la educación, la vivienda, la paz, el alimento, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad entre otros (56,57).

Para alcanzar la promoción de la salud, se plantearon 5 estrategias (tabla 4): Políticas públicas saludables, entornos saludables, empoderamiento comunitario, habilidades personales y servicios de salud hacia la promoción de la salud (22,56).

Estrategias de promoción de la salud

- 1. Elaboración de políticas públicas saludables:** Caracterizado por la inclusión del enfoque de los determinantes de la salud y en equidad en todas las áreas de la política. El principal objetivo de las políticas saludables es el de crear un entorno saludable, para permitirle a la población vivir saludablemente.

- 2. Creación de ambientes o entornos saludables:** Creación de un entorno digno, teniendo en cuenta el lugar de vivienda, trabajo, estudio o recreación de las personas, en donde se promueva la salud.
- 3. Refuerzo de acción comunitaria:** Incentivando en las comunidades el empoderamiento, el sentido de pertenencia, y el control sobre su salud y calidad de vida.
- 4. Desarrollo de aptitudes personales:** Favoreciendo el desarrollo personal y social, con la provisión de información, educación para la salud, y el incremento de las habilidades para la vida (cultura de autocuidado).
- 5. Reorganización de los servicios de salud a la promoción de la salud:** Orientar la prestación de los servicios de salud, no solo al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades, sino también a la inclusión de la promoción de la salud, incluyendo individuos, comunidad, profesionales de la salud e instituciones de salud.

Tabla 4. Estrategias de promoción de la salud [Basado y adaptado de (22,56)]

Posterior a la primera conferencia de 1986, las siguientes tres conferencias (1988-1997) se centraron en profundizar el desarrollo y entendimiento de estas 5 estrategias. Ya en 2002, desde las FESP (tercera función) se considera que la combinación de las 5 estrategias son claves para alcanzar acciones en promoción de la salud, pero particularmente las políticas, los ambientes saludables, y el empoderamiento, son fundamentales de manera sostenida, para promover estilos de vida saludables y cambios sociales, así como la prevención de las enfermedades y los factores de riesgo (22,58).

Ya desde la quinta conferencia de promoción de la salud (2000) hasta la última (2016), la discusión se ha centrado en entender los elementos que subyacen a las 5 estrategias los cuales son necesarios para avanzar hacia la promoción de la salud considerando las condiciones y realidades del momento. En total desde 1986 hasta 2016 se han programado nueve conferencias (tabla 5) las cuales se han centrado en temas específicos (58,59,60,61).

Conferencias de promoción de la salud (1986-2016)

- 1. Primera conferencia (Ottawa, 1986):** Definición de promoción de la salud y sus 5 estrategias e inicio de la salud pública moderna
- 2. Segunda conferencia (Adelaida, 1988):** Concepto y puesta en práctica de las políticas públicas saludables.

3. **Tercera conferencia (Sundsvall, 1991):** Elementos para la creación y mantenimiento de los entornos saludables.
4. **Cuarta conferencia (Yakarta, 1997):** Importancia de la responsabilidad social en salud, la participación de la comunidad y la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud.
5. **Quinta conferencia (Ciudad de México, 2000):** Documentación de acciones y experiencias para el mejoramiento de la efectividad de la promoción de la salud.
6. **Sexta conferencia (Bangkok, 2005):** Introducción del sector privado en la salud pública y acercamientos basados en la evidencia.
7. **Séptima conferencia (Nairobi, 2009):** Intervención en la brecha de promoción de la salud que depende de la salud y desarrollo
8. **Octava conferencia (Helsinki, 2013):** Inclusión de la salud en todas las políticas
9. **Novena conferencia (Shanghái, 2016):** Relación entre promoción de la salud y los Objetivos de Desarrollo Sustentable

Tabla 5. Conferencias Internacionales de promoción de la salud [Basado y adaptado de (58,59,60,61)]

Conviene subrayar que diferentes experiencias reconocen a la Educación para la Salud (EpS) como uno de los ejes sustantivos de la promoción de la salud, eje que requiere de una adecuada comunicación e información en salud en los entornos hospitalarios y comunitarios (22,58,62,63). La EpS se puede definir como la “construcción consciente de oportunidades de aprendizaje que involucra alguna forma de comunicación para mejorar la educación en salud, incrementar el conocimiento e incluir el desarrollo de habilidades para la vida que conduzcan al mantenimiento y mejoramiento de la salud individual y comunitaria” (57,62).

Por otro lado, al hacer referencia a los entornos saludables, estos se presentan como una estrategia fundamental para la promoción de la salud (1986). La OMS posteriormente complementó esta estrategia, definiendo entornos específicos para su aplicación: Municipios, ciudades y comunidades saludables, escuelas promotoras de la salud, sitios laborales, sitios de mercado saludables, y prisiones saludables (56,58).

En relación a iniciativas específicas de los entornos saludables, la implementación de los municipios saludables se debe ajustar según los lineamientos nacionales y el contexto de implementación. Un primer paso es preparar un plan de acción basado en la medición participante de las necesidades. Este plan de acción se desarrolla con la amplia

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

participación intersectorial, y es una actividad importante la creación de un comité de dirección, monitorización y evaluación de la implementación del plan. Los alcaldes convocan y facilitan este proceso común con todos los sectores relevantes, construyendo consensos de las prioridades locales y estableciendo un marco de políticas públicas saludables que mejoren la salud y la calidad de vida (22,57,58,64).

Para el contexto específico de Colombia, la promoción de la salud se puede considerar desde el ámbito de la política interviniendo en el entorno y modificando los estilos de vida, como un conjunto de acciones para incidir sobre los determinantes sociales en salud de la población y también como una dimensión de trabajo en el sector salud para no limitar la salud solo a la intervención de las enfermedades. Dicho de otra manera, se requiere delimitar la diferenciación entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia, como también el desarrollo de esfuerzos que permitan su implementación basados en las características del sistema de salud, y trascendiendo en todos los actores del sistema incluyendo a los formadores de profesionales de la salud (65).

Para finalizar el tema, algunas experiencias reconocen la aplicación de la promoción de la salud en las actividades comunitarias, dada la relación inseparable entre la promoción de la salud y la atención primaria. En estas experiencias comunitarias la promoción de la salud debe ser interdisciplinaria y permear en todo tipo de entornos, al igual que debe garantizar la motivación y participación de todos los actores, para que este trabajo en comunidad pueda mejorar la participación social y la cultura de autocuidado (66,67).

2.3.3. Prevención de la enfermedad:

La prevención de la enfermedad consiste en la adopción de todas las medidas necesarias para evitar la aparición y progresión de la enfermedad, esto mediante la intervención de los factores desencadenantes, y la identificación temprana y con el consecuente manejo de las enfermedades. La prevención de la enfermedad se presenta como contraparte o elemento complementario de la promoción de la salud, aunque son diferentes con algunas acciones similares (13,57,68,69).

Para entender la enfermedad y su proceso de su prevención, Leavell y Clark en 1965 definieron que todas las enfermedades tienen un proceso de evolución, al que llamaron la Historia Natural de la Enfermedad (HNE) la cual transcurre en 5 periodos (con diversidad en su temporalidad dependiendo de la enfermedad): pre-patogénico (periodo en el que aún la enfermedad no está presente, pero el individuo está en riesgo o exposición a los

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

factores que pueden generarla), patogénico subclínico (inicio de la enfermedad con los primeros cambios microscópicos o macroscópicos, pero sin manifestaciones clínicas evidentes), prodrómico (presentación inicial de las manifestaciones clínicas, siendo muy inespecíficas), clínico (manifestaciones clínicas de la enfermedad características) y resolución (etapa final de las enfermedades, las cuales pueden resolver con la curación, cronicidad, presentación de secuelas, incapacidades, invalideces o la muerte) (68,69,70).

De esta evolución de la HNE se desprenden las diferentes medidas preventivas, las cuales originalmente se organizaron en 3 niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), adicionando posteriormente 2 niveles para responder mejor al proceso de salud y enfermedad actual (primordial y cuaternaria). Este paradigma de la HNE y los niveles de la prevención de la enfermedad son considerados por algunos autores como el paradigma de la educación en ciencias de la salud. Los niveles de prevención de la enfermedad se describen en la tabla 6 (13,68,69,70).

Nivel de prevención	Definición
Primordial (71)	Prevención de manera anticipada y de manera integral mediante la intervención de los determinantes de la salud. Nivel orientado principalmente a la prevención de enfermedades cardiovasculares, mediante el fomento de estilos de vida saludable que no permiten la aparición de los factores de riesgo y con acciones a nivel colectivo de manera temprana en el ciclo vital en la población en general.
Primaria (13,57)	Nivel para evitar la aparición de las enfermedades mediante la intervención de los factores de riesgo o la protección específica en la población vulnerable. En este nivel se encuentran estrategias dirigidas a educar a la población para evitar o reducir los factores de riesgo mediante campañas, el control del ambiente, los servicios públicos o plagas, y la vacunación para algunos tipos de enfermedades.
Secundaria (13,57)	Este nivel tiene el objetivo de realizar diagnóstico precoz o captación temprana para realizar un tratamiento oportuno y adecuado, y así evitar complicaciones o progresión de la enfermedad. Está dirigido a intervenir el periodo patogénico

	subclínico mediante las pruebas de tamizaje. Dentro de las acciones de la prevención secundaria están el control del niño sano, el control prenatal o el control del hipertenso, en este último para diagnosticar tempranamente elementos de Riesgo Cardiovascular (RCV).
Terciaria (13,57)	Acciones de rehabilitación o paliación de la enfermedad, buscando disminuir las secuelas o discapacidades, mejorando la calidad de vida e intentando reincorporar de la mejor manera al individuo a su entorno familiar, social o laboral.
Cuaternaria (72,73)	Evitar el intervencionismo médico innecesario o excesivo, lo que evita incremento innecesario del gasto de los recursos de un sistema de salud. Las estrategias en este nivel consisten en el respeto de la autonomía de los médicos y pacientes, y el seguimiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

Tabla 6. Niveles de prevención de la enfermedad [Basado y adaptado de (13,57,70,71,72,73)]

Como ya se mencionó, uno de los periodos adicionales a los 3 clásicos es el de prevención primordial, la cual se ha usado para para prevención de enfermedad cardiovascular o para obesidad infantil, iniciando desde edades tempranas la prevención integral de este tipo de enfermedades (12,74).

La diferencia entre la prevención primordial y la prevención primaria, es que mientras para Riesgo Cardiovascular (RCV) la prevención primaria se dirige a intervenir los factores de riesgo presentes en un individuo (dejar de fumar o bajar de peso entre otros), la prevención primordial consiste en evitar la aparición de los factores de riesgo de manera anticipada (programas de alimentación escolar o actividad física) (71,75).

Además, en diversos estudios sobre enfermedades de tipo crónico, se demostró la importancia de la cultura de autocuidado para su prevención y control, como en HTA o en diabetes (76,77). A su vez, intervenciones desde la atención primaria han demostrado beneficios en la reducción de los factores de riesgo comportamentales de las enfermedades crónicas (78).

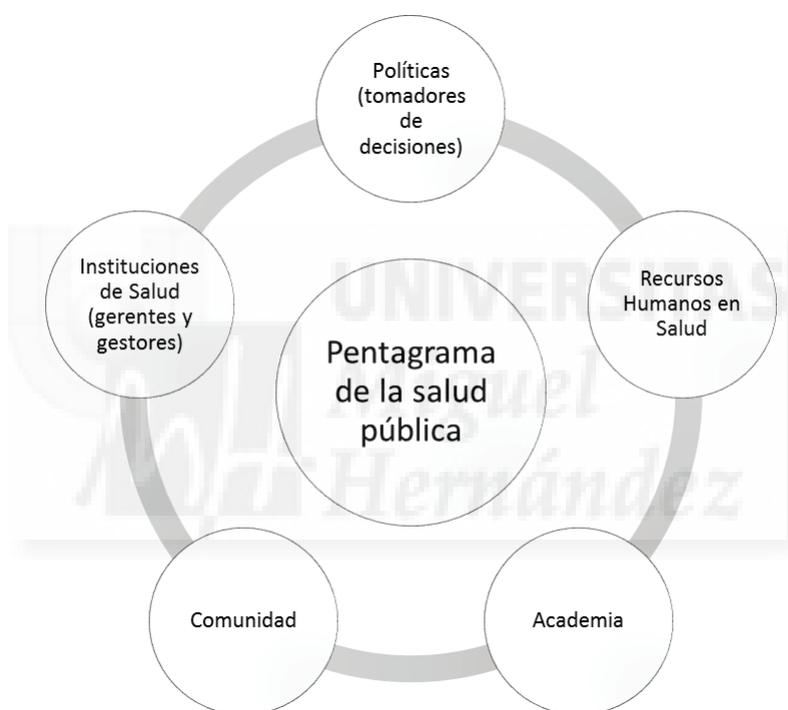
Se destaca a la alimentación como un eje central para la prevención de enfermedades crónicas, por ejemplo en un estudio realizado en Colombia se indicó como la alimentación es un eje importante para mantener poblaciones saludables, desarrollando una

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

investigación acción basada en la comunidad, trabajando en la educación y la agricultura urbana, lo que permitió fomentar el empoderamiento comunitario, fortalecer las redes sociales y cambiar la concepción del profesional de salud (78,79).

2.3.4. Pentagrama de la salud pública:

Para finalizar el entendimiento de la salud de las poblaciones, la resolución de los problemas y necesidades en salud requiere del trabajo articulado entre varios actores (gráfica 4). Resultando pertinente en considerar un abordaje que tome como base a la comunidad con el trabajo colaborativo entre los otros sectores y actores (80,81).



Gráfica 4. Pentagrama de la salud pública: Actores involucrados para la resolución de las necesidades en salud [Basado y adaptado de (80,81)]

2.4. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

2.4.1. Definición de APS

En 1978, diferentes actores (gobiernos, profesionales de la salud y comunidad) consideran la necesidad de garantizar la salud en todo el mundo para el año 2000 (salud para todos), estableciendo que el mejor mecanismo para lograrlo era por medio de la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

APS (Declaración de Alma Ata). Por lo cual, la APS es definida como la “atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y a tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación y a un costo que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de desarrollo un espíritu de autodependencia y autodeterminación” (82). Se consideró que la APS debía ser el primer contacto entre los individuos, familias y comunidades al sistema de salud de cada país, como también el “eje central y foco principal” del sistema, ampliando el modelo médico tradicional en la inclusión de factores sociales y económicos (82,83,84).

Los elementos de la APS definidos en la Declaración de Alma Ata se describen en la tabla 7.

Elementos de la Atención Primaria en Salud (Alma Ata, 1978)

La APS:

- Es reflejo de las condiciones de un país y sus comunidades (económicas, socioculturales y políticas).
- Debe dirigirse a los principales problemas y necesidades en salud de la comunidad.
- Es la atención integral que incluye el abordaje en salud y enfermedad desde la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación.
- Requiere como mínimo:
 - Educación y prevención sobre los problemas de salud más frecuentes.
 - Promoción de la alimentación saludable.
 - Suministro de agua potable y saneamiento básico.
 - Asistencia para la salud materna e infantil.
 - Tratamiento adecuado para las enfermedades frecuentes.
- Debe articularse con múltiples sectores (acción intersectorial).
- Promueve la participación comunitaria para trabajar por el desarrollo de los individuos y sus comunidades
- Requiere de profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, integrando los saberes científicos y tradicionales.

Tabla 7. Elementos de la Atención Primaria en Salud (APS) definidos en 1978 [Basado y adaptado de (82)]

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En los años posteriores a Alma Ata, la OMS refuerza el tema de la APS y sus elementos desde la Carta de Ottawa (1986) y en algunas de sus siguientes conferencias (56,58). Pero no es hasta 1994, que la OMS reconoce que no se alcanzaría la meta de salud para todos en el año 2000, esto debido a que se malinterpretó a la APS como una amenaza hacía el modelo biomédico tradicional, atención centrada en el primer nivel de atención o equipada con medicina para pobres y de mala calidad (84). Lo cual generó que varias entidades, entre ellas la OPS, reflexionaran para mejorar la inclusión y el fortalecimiento de la APS en los sistemas de salud de los países, planteando en el 2005 la renovación de la APS para la región de las Américas (85).

En Colombia, solo hasta el 2011 se introduce el tema de APS en la normativa en salud como elemento fundamental para la atención en salud del país (35,83). Por otra parte, la APS se considera como uno de los ejes estratégicos de la PAIS, definida como “la estrategia básica e integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles de la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho” (46).

Muchos países y regiones también han avanzado en reformas hacia la APS, por ejemplo Barcelona (España) en el 2000 destacó la importancia de la APS evidenciada en 3 prácticas preventivas: Educación en tabaquismo, diagnóstico precoz de la hipertensión arterial, y prevención primaria de la enfermedad respiratoria aguda, mediante la vacunación, concluyendo que la APS es un factor asociado a las prácticas preventivas (86). También en países como Reino Unido, España, Bélgica, Noruega, Estados Unidos y Canadá se identifican experiencias reconocidas en el mundo en APS, pero una evaluación mostró que no hay patrones regulares en las actividades de APS: acciones preventivas, de salud pública o de prestación de los servicios, sino que cada país las ajusta de acuerdo a su contexto (87).

Los países que han orientado su sistema de salud hacia la APS han mejorado sus indicadores de salud, disminuyendo los niños con bajo peso al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad por causas cardiovasculares y la mortalidad general, mejorando la distribución de los recursos, el proceso de aseguramiento y los servicios de salud proporcionados por los gobiernos, e incrementando la percepción positiva de los servicios de salud por parte las familias y poblaciones, al igual que contribuyendo al mejoramiento de programas de cáncer de colon, de mamá, de cuello uterino o de piel (88).

2.4.2. APS renovada

Como se mencionó, en 2005 se plantea la necesidad de la “renovación de la APS” en las Américas, para así alcanzar los elementos planteados de la APS desde Alma Ata y el de salud para todos en el año 2000. Esta renovación se formula para revitalizar la capacidad de los países en la adopción de la APS como estrategia coordinada, efectiva y sostenible, que permita fomentar la Equidad en Salud (EE), mediante el abordaje de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) y la preparación para resolver los problemas de salud actuales y anticiparse a los futuros. Al mismo tiempo, la renovación permitirá alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), responder a las transición demográfica, epidemiológica y nutricional, y avanzar en la superación del aumento de costos de los sistemas de salud, la inoperancia del sistema, la baja calidad de los servicios, los insuficientes recursos públicos y la necesidad de nuevas tecnologías (85,89). De ese modo, la región de las Américas establece compromisos para poder cumplir los elementos de la APS renovada (tabla 8).

En relación a los ODM, estos son remplazados en 2015 por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estos nuevos objetivos son: Fin a la pobreza, Hambre cero, Salud y bienestar, Educación de calidad, Igualdad de género, Agua limpia y saneamiento, Energía asequible y no contaminante, Trabajo decente y crecimiento económico, Industria, innovación e infraestructura, Reducción de las desigualdades, Ciudades y comunidades sostenibles, Producción y consumo responsables, Acción por el clima, Vida submarina, Vida de ecosistemas terrestres, Paz, justicia e instituciones sólidas, y Alianzas para lograr los objetivos (90).

Compromisos de la APS renovada

1. Facilitar la inclusión social y la equidad en salud.
2. Toma de decisiones del individuo y comunidad para establecer sistemas basados en APS.
3. Orientación de promoción de la salud y atención integral e integrada.
4. Fomento trabajo intersectorial.
5. Calidad de la atención y seguridad del paciente.
6. Fortalecimiento de recursos humanos en salud.
7. Mejor estructura del sistema de salud para favorecer la APS.
8. Garantía de sostenibilidad financiera.

9. Investigación, desarrollo y tecnología.

10. Fortalecimiento de redes y cooperación internacional para apoyar la APS.

Tabla 8. Compromisos de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada [Basado y adaptado de (85,89)]

Se considera que esta renovación se hace necesaria para superar los efectos en la salud de las personas que son consecuencia de la pobreza e inequidades de la región, agravado por los efectos de la carga de las enfermedades (84). En donde para esta renovación se hace necesario fortalecer a los recursos humanos, mediante la definición de un perfil y competencias específico para mejorar las condiciones laborales, como también el ajuste de competencias en APS en las entidades responsables de la formación de estos recursos, esto soportado por políticas y abordajes multisectoriales (88).

En 2008, adicionalmente el mundo reconoce los desafíos para la adopción de la APS en sus sistemas, sumado al impulso del movimiento de la renovación de la APS liderado de tiempo atrás en la región de las Américas. Por lo cual, la OMS plantea en su informe de salud en el mundo la prioridad de “la atención primaria en salud es más necesaria que nunca”. En este informe se reconocen los principales fallos de la prestación de atención de salud en el mundo (gráfica 5), los cuales se verían beneficiados de renovarse hacia la APS (16).

Atención inversa	<ul style="list-style-type: none">• Mayor uso de los servicios (generando mayor gasto en el sistema) de salud por las personas con mayores recursos.• Mayores barreras de acceso en personas con condiciones vulnerables.
Atención empobrecedora	<ul style="list-style-type: none">• La ausencia de protección social incrementa la vulnerabilidad y los efectos del gasto de bolsillo en las poblaciones pobres.• Por ejemplo, cuando una persona pobre se enferma tiene que dejar de trabajar generando efectos directos sobre otros determinantes: recursos económicos o alimentación de su familia.
Atención fragmentada	<ul style="list-style-type: none">• Incremento de oferta de servicios centrados en la enfermedad o en la atención especializada.• Falta de enfoque holístico del proceso de salud y enfermedad.
Atención peligrosa	<ul style="list-style-type: none">• Incremento de infecciones nosocomiales o eventos adversos por fallos en la seguridad del paciente.
Orientación inadecuada	<ul style="list-style-type: none">• Recursos económicos orientados principalmente a la curación.• Falta de enfoque intersectorial y multidisciplinario para el abordaje de los problemas de salud.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Gráfica 5. Principales fallos en la prestación de servicios de salud en el mundo [Basado y adaptado de (16,22)]

Este informe concluye que para avanzar en estos fallos (gráfica 5) y tener un abordaje desde la APS, se requiere un conjunto de cuatro reformas: (i) reformas que garanticen la cobertura universal para mejorar la equidad en salud, (ii) reformas que reorganicen la prestación de servicios para que mejoren la atención centrada en las personas, (iii) reformas que mejoren la salud de la población mediante la formulación de políticas públicas que permitan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y (iv) reformas que permitan un liderazgo integrador entre todos los actores del sistema. Todas estas reformas deben considerar las condiciones del contexto y la mejor evidencia disponible (16,91).

Algunos países, como los ubicados en Latinoamérica han realizado reformas para la renovación de la APS e incluir a los principios de la APS más necesaria que nunca. El grado de implementación y éxito de las reformas ha sido variado, en donde solo en algunos países se ha logrado el fortalecimiento de los primeros niveles de atención, considerando al contexto económico y político, la organización y financiación de los sistemas, la limitación para superar la fragmentación de los servicios, así como la presencia de inequidades de salud y la diversidad del perfil epidemiológico de la población, como los factores que explican la variabilidad en el éxito de las reformas (92,93).

En una evaluación en países de Suramérica de la APS renovada, se encontró que en siete países han avanzado hacia un enfoque de atención integral basado en sistemas públicos centrados en la atención integral al individuo, familia y comunidad y contemplando los elementos de la APS renovada (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela), en otros países aún prevalecen sistemas segmentados, con diferencias en la atención individual y colectiva, o de los sistemas privados y públicos. Concluyendo que la implementación de la renovación de la APS depende la organización y financiación de los sistemas, además de la capacidad de enfrentar el desafío de la poca coordinación intersectorial y participación social (94).

Desde esta renovación, algunos autores consideran el término de APS integral, el cual se refiere a la atención en salud que considera al enfoque de equidad en salud y a los determinantes sociales para el mejoramiento de los resultados en salud de la población,

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

mediante la participación comunitaria y la acción intersectorial (84,95). En donde la atención en salud no debe limitarse al sector hospitalario, sino que debe incluir fuertemente a la comunidad, esto conocido por algunos como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (95).

En pocas palabras, la APS es una estrategia integral y articulada que incluye acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (educación, protección, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación), la cual está orientada a extender la cobertura de los servicios de salud, desde la acción intersectorial y la participación de la comunidad (16,89). Siendo la APS un mecanismo mediante el cual los países pueden proveer mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud hacia los diferentes grupos poblacionales y con menores costos. El objetivo central de la APS es el de organizar los sistemas de salud alrededor de un sistema focalizado/centrado en las personas y sus comunidades (18,96,97).

Dentro de los desafíos más importantes que tiene la región de las Américas para la implementación de la APS, a pesar de su proceso de renovación, se menciona la importancia de considerar varios elementos (tabla 9) (98):

Desafíos en la implementación de la APS en las Américas
1. Abordar la equidad en salud.
2. Fortalecer recursos humanos suficientes y capacitados para enfrentar las necesidades en salud de cada país.
3. Superar la fragmentación de los sistemas de salud.
4. Garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.
5. Perfeccionar la gobernanza y rectoría del sistema de salud.
6. Mejorar la calidad de la atención y de los sistemas de información.
7. Extender el acceso y la cobertura.
8. Enfrentar los procesos de transición demográfica y epidemiológica.
9. Ampliar la capacidad resolutive de los sistemas de salud.

Tabla 9. Desafíos en la implementación de la APS en las Américas [Sacada y adaptado de (98)]

Por lo explicado, para superar los desafíos de la APS se considera como un elemento clave la formación de recursos humanos en salud en los elementos de la APS y su renovación. Esta formación se considera significativa para la respuesta de las necesidades en salud de cada contexto y para el mejoramiento de la salud de la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

población, formación que no se debe limitar a los médicos (99,100,101). De ese modo, la región de las Américas ha contemplado en este proceso de formación el desarrollo de capacidades para la renovación de la APS, la cual debe incluir dentro de sus contenidos mínimos los elementos conceptuales de la APS y su renovación, la equidad en salud, sistemas de salud basados en APS, la integralidad de la APS y la gestión de la APS en los modelos de atención (101,102).

2.4.3. APS y Acceso y Cobertura Universal:

Para mejorar la revisión sobre APS, consecuencia del movimiento de la renovación de la APS, la APS más necesaria que nunca y los desafíos para la región de las Américas (tabla 9), recientemente en 2014 la OPS formula la estrategia de “Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud” como un elemento para avanzar hacia la APS (103).

El acceso se define como la “capacidad de utilizar los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad” tanto a nivel individual como a nivel poblacional, y desde una perspectiva cultural, étnica y lingüística, que permita abordar los problemas y necesidades en salud de la población, desde la promoción de la salud, educación, diagnóstico, tratamiento, paliación y prevención de la enfermedad. Especificando en la definición de Acceso universal como “La ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El Acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa” (103,104).

Y cobertura en salud se define como la “Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población” (103,104).

La estrategia define 4 líneas estratégicas: (i) acceso equitativo a los servicios de salud integrales, centrados en las personas y comunidades, (ii) rectoría y gobernanza, (iii) financiamiento para disminuir el pago directo y para disminuir las barreras de acceso, y (iv) fortalecer la coordinación intersectorial para considerar los determinantes sociales. Dentro de estas líneas, la primera contempla el tema de APS y las redes integradas, y la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

cuarta la consideración de los determinantes, los cuales son necesarios para contribuir efectivamente al derecho a la salud de la región y a fomentar con la comunidad el compromiso para promover la salud de la población y a proteger a los grupos más vulnerables (103,105).

Concretamente, los recursos humanos en salud se consideran como uno de los pilares fundamentales para avanzar progresivamente hacia el acceso y cobertura, sin embargo aún persisten brechas en su disponibilidad, idoneidad y formación para poder responder a estos desafíos. Se recomienda para América Latina la formación y distribución de los profesionales de la salud en este tipo de temáticas se hace necesaria, enfrentando el déficit de profesionales que tiene la región (104).

En Colombia una experiencia incluyó el tema de acceso y cobertura universal en la formación de APS, la cual también se basó en la definición de capacidades de la OPS para la APS renovada, incluyendo dentro de sus contenidos centrales los temas de salud y APS, los determinantes sociales, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), APS en el sistema de salud en Colombia y la gestión del cambio (102,106).

2.4.4. Experiencias en Colombia en APS:

Para finalizar el tema de APS, se recopilan algunas experiencias en Colombia sobre la implementación de modelos basados en APS.

Una experiencia en el departamento de Santander sobre la implementación de un modelo de APS basado en la organización de la prestación de servicios de servicios desde el nivel territorial, demostró problemas de la concepción de los elementos de la APS, así como en la implementación de los elementos conceptuales y teóricos por parte del personal de salud. Reconociendo que para implementar iniciativas en APS se deben intervenir desde el nivel nacional, departamental y municipal, resolviendo limitantes de sistema de salud y no solo el aseguramiento de la población. Por último, la experiencia considera para fomentar un modelo de APS se requiere del fortalecimiento de competencias en recursos humanos en salud, como la organización de la gestión a nivel local (107).

Otra experiencia en 2012 liderada por el Ministerio de la Protección Social (Colombia) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la sistematización de experiencias desarrolladas en Colombia en relación al tema de APS y RISS. Esta sistematización se

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

realizó con metodologías cualitativas (Entrevistas a profundidad y grupos focales bajo un proceso de evaluación rápida, sumado a revisión documental de las experiencias y de referentes teóricos). La sistematización recopiló información de Tunja, La Dorada (Caldas), Bucaramanga, Cali, Medellín, Manizales, Bogotá y Barranquilla. Dentro de las principales enseñanzas y lecciones aprendidas se identifican (108):

- Desconocimiento en la población y de los funcionarios de direcciones locales de salud y hospitales sobre la conceptualización y puesta en práctica de iniciativas basadas en APS.
- El abordaje conceptual se debe realizar desde los lineamientos de la APS renovada (2005).
- La APS es entendida desde la equidad, desarrollo social y participación comunitaria.
- Posterior al entendimiento de lo que significa la APS los entrevistados reconocen la importancia y posibilidades que tiene la APS en cada uno de sus entornos.
- Se reconoce la importancia de la articulación academia, población, sector público y hospital.
- En general las experiencias se centraron principalmente en APS a nivel de las instituciones de salud y los equipos básicos de salud.
- Se destaca la experiencia de Bogotá, con su programa Salud a su Casa, en donde el equipo adicional al personal hospitalario, es conformado por agentes comunitarios.

La importancia de la experiencia del Ministerio, consiste en la generación de mayores insumos y conocimientos para la adaptación a un entorno propio y de esta manera realizar el ajuste metodológico necesario. Por último, esta experiencia resalta principalmente el modelo de APS y su relación del entorno hospitalario y otros sectores.

Se concluye que las experiencias en Colombia mostraron que los enfoques de arriba hacia presentan múltiples limitaciones, iniciando por la diversidad conceptual en el entendimiento (formación y sensibilización) de APS desde el nivel de tomadores de decisiones y los profesionales de la salud encargados de liderar las iniciativas de salud, como también la importancia de realizar un abordaje desde la comunidad y a nivel territorial (107,108).

2.5. ENFOQUE DE EQUIDAD (EE) Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD (DSS)

La región de América Latina es considerada como una de las regiones con mayor inequidad social en el mundo, lo cual conlleva a desigualdad al acceso a los servicios y en las condiciones de salud de su población (109).

Aunque se evidencian avances en la región en relación al desarrollo económico, los mismos no son suficientes para mejorar las condiciones de la población. Para 2010, los países con peor situación de salud eran Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras. En cambio Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y México se consideraron como los países de la región con mejores condiciones en su situación de salud (110,111).

Adicionalmente, entre los mismos países de la región hay diferencias importantes en sus indicadores en salud, por ejemplo entre 2008 y 2010 la mortalidad infantil de Cuba era de 5 por 1000 y la de Chile de 7 por 1000, en contraposición con Haití de 64 por 1,000 o Bolivia de 40 por 1,000. En ese periodo de tiempo, la mortalidad materna de Chile era de 26 por 100,000 y de Uruguay de 27 por 100,000, contrastado con Haití de 300 por 100,000 y Guyana de 270 por 100,000. Y en relación a la expectativa de vida, en países como Costa Rica y Chile era de 79 y en países como Haití era de 62 en el mismo año (110).

Algunos autores consideran que el ajuste de las políticas macroeconómicas en la década de los 80 en las Américas contribuyó a empeorar los indicadores sociales, particularmente los relacionados con salud, efecto que continuó en las décadas siguientes. Entre los indicadores afectados, por ejemplo América Latina es la región con mayor lento crecimiento en la expectativa de vida comparada con otras regiones en el mundo (110,112).

Por otro lado, algunos países en América Latina han implementado políticas y programas para mejorar la cobertura universal y el acceso equitativo en salud, lo cual no implica que eso permita avanzar a la reducción de las desigualdades (111). Incluso al interior de los mismos países se encuentran diferencias relacionadas con la expectativa de vida en grupos con diversidad étnica, racial y cultural (113).

En Colombia, las reformas de los últimos 20 años incrementaron el aseguramiento de la población, el acceso a medicamentos y la percepción de calidad de los servicios de salud. El aseguramiento de la población es importante para mejorar los indicadores de salud de

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

un país, logrando en Colombia un impacto importante en la disminución de la mortalidad general, no obstante se observan diferencias importantes entre la población más pobre o con menor nivel educativo, explicado por las desigualdades sociales en este tipo de población (30,114).

De ahí que el abordaje de los DSS se considera como uno de los mecanismos para disminuir la inequidad en el mundo (115).

2.5.1. Concepto de equidad:

Desde la década de los 90, debido a los cambios en las políticas económicas y a la importancia que los elementos sociales empezaron a tener en los procesos epidemiológicos del mundo, se consideró el momento de intervenir las condiciones y determinantes que promovían las inequidades que causaban los problemas de salud en los países. Es así que se define que Equidad consiste en “dar a cada uno lo que le corresponde” de acuerdo a sus condiciones (116).

De ese modo, la inequidad en salud se define como “la ausencia de diferencias en salud sistemáticas entre grupos de distinto nivel social”. Se reconoce que las inequidades en salud son más notorias en los grupos vulnerables y con mayores desventajas sociales, como por ejemplo personas pobres, mujeres, miembros de grupos raciales, étnicos o religiosos diversos, debido a su dificultad de alcanzar los elementos para estar sanos y tener bienestar (115). Adicionalmente, se ha demostrado que mientras peor es la situación socioeconómica de un grupo poblacional peor es su estado de salud (113).

Por lo cual, es un imperativo ético considerar en la actualidad el abordaje de equidad en salud para la construcción colectiva de la salud de una comunidad o territorio. A pesar de lo anterior, a nivel mundial este tipo de problemáticas genera poco interés, centrándose en muchos países en mejorar el acceso a los servicios y no el abordaje de los factores sociales que influyen en el mantenimiento de la salud (115,117).

Amartya Sen destaca que el proceso de salud y enfermedad no debe limitarse a la asistencia hospitalaria, sino que debe considerar la equidad y la justicia social, dado que estas inequidades limitan a que las personas puedan tener una vida sana (118).

Para Colombia, el PDSP considera la relevancia de avanzar hacia la equidad en salud, considerando el tema como una prioridad política. El PDSP define a la equidad en salud

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

como “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (38,39).

Para la región de las Américas, el tema también se vuelve prioritario, y aún más en 2015 se hace necesario para el alcance de los objetivos de desarrollo sustentable (90,119,120). Se resalta que el desarrollo sostenible requiere de la equidad como el elemento que debe guiar la orientación de las prioridades en salud, mediante la mitigación de las desigualdades sociales, económicas y ambientales que limitan el alcance de una vida saludable (119,121).

Al mismo tiempo, desde una perspectiva ética y bioética, se debe indagar si los profesionales de la salud consideran estas inequidades sociales en su ejercicio profesional y en su proceso de formación (117), al igual que los otros actores involucrados en resolver las necesidades de salud de la población (80,81).

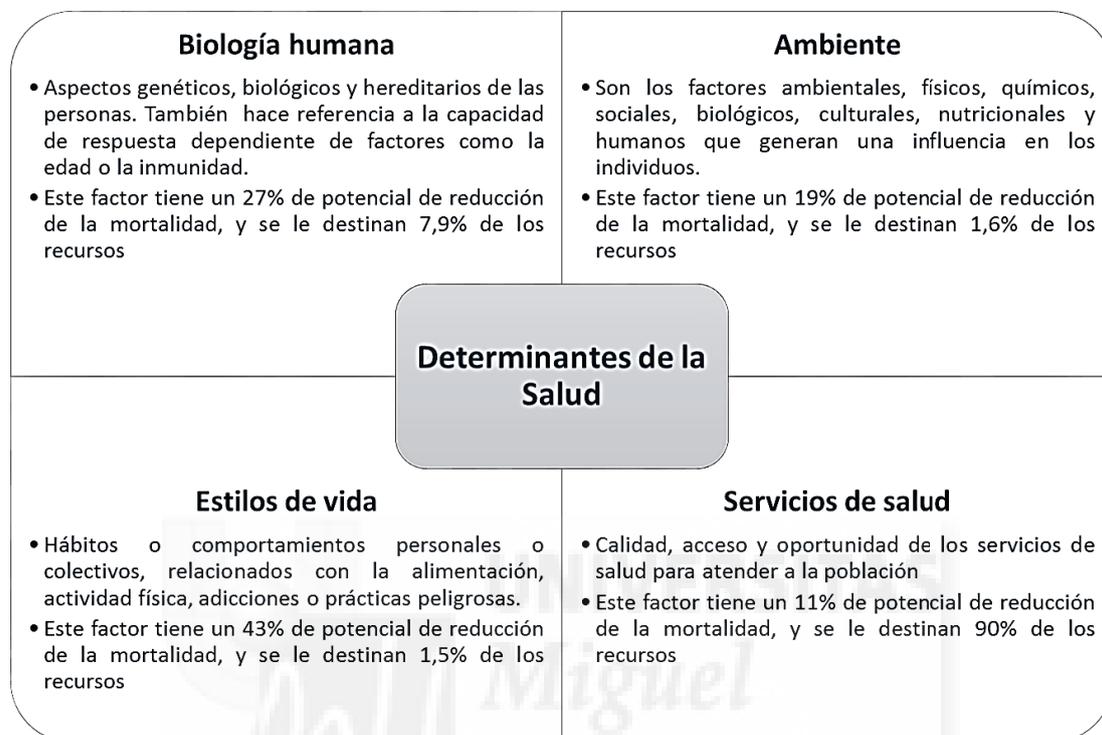
2.5.2. Concepto de los determinantes de la salud:

En 1974 en Canadá, Marc Lalonde plantea en el informe “New perspectives on the health of Canadians” la formulación de los factores determinantes de la salud los cuales explican el estado de salud de los individuos o poblaciones como consecuencia de la influencia o exposición de factores personales, sociales, económicos, políticos o ambientales. Estos factores se organizan en 2: (i) factores de responsabilidad multisectorial (económicos, sociales y políticos), y (ii) factores responsabilidad del sector salud (biología humana, ambiente, estilo de vida y servicios de salud) (19,20,68,122).

- (i) Los determinantes económicos, sociales y políticos se entienden como los factores que dependen de los estados para garantizar las condiciones de salud de su población, lo cuales requieren de abordajes multisectoriales. El planteamiento de estos determinantes obedece a la comprensión histórica de los últimos 200 años sobre la demostración de la relación de salud y enfermedad y factores que no dependen del sector salud (68,123).
- (ii) Los determinantes del sector salud, hoy reconocidos como los determinantes clásicos se describen en la gráfica 6. Estos determinantes son considerados como el punto de partida para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De estos factores, culturalmente se ha pensado que el de servicios de salud es el más importante, destinando la mayoría de los recursos, sin embargo, el factor que mayor influencia ha tenido para la salud de las personas es el de estilos de vida, el cual se

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

puede abordar de intervenciones desde la educación en salud que fomenten la cultura de autocuidado, procurando que la educación se mantenga a largo plazo y genere cambios positivos en las comunidades (19,122,123).



Gráfica 6. Determinantes de la salud clásicos de Lalonde definidos en 1974 [Basado y adaptado de (19,68,122,123)]

Posteriormente en 1999, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) revisa los determinantes clásicos y los extiende para generar un mayor entendimiento y apropiación. Los determinantes clásicos extendidos en total son 12: Ingreso y estatus social, Redes sociales de soporte, Educación y alfabetismo, Empleo y condiciones laborales, Ambiente social, Ambiente físico, Prácticas personales de salud, Salud infantil, Condición genética y biológica, Servicios de salud, Género y Cultura (124).

2.5.3. Concepto de DSS:

La OMS desde su constitución en 1946 ha considerado que la salud no solo depende de elementos físicos y mentales, sino que también debe contemplar el bienestar social (125).

Entendiendo desde la década de los 70s desde la misma formulación de los determinantes clásicos (determinantes económicos, sociales y políticos), a la exploración de aquellos factores que tienen una relación con los modelos sociales y el contexto a los

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

que pertenece el individuo, los cuales van más allá de la atención médica y que explican mejor su proceso de salud y enfermedad. Estas condiciones sociales no son iguales en todas las personas y poblaciones en el mundo, las cuales han contribuido a la generación de diferencias en la condición de salud según la procedencia, el grupo étnico o de factores como por ejemplo el estrato socioeconómico o nivel educativo de las personas (126,127).

Afortunadamente, años posteriores la dimensión social toma una mayor relevancia como consecuencia de las profundas inequidades en salud en el mundo, y las metas globales en salud planteadas. Es por eso y retomando los elementos de los determinantes clásicos y los determinantes económicos, sociales y políticos, la OMS convoca en 2005 a la Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud (DSS) para realizar la asesoría de expertos con el objetivo de recolectar la información científica sobre cómo las condiciones de empleo, globalización, servicios sanitarios, exclusión social, género, ambiente urbano o desarrollo infantil que producen desigualdades en salud en el mundo entero e iniciar acciones para revertirlas (68,124,128,129).

La creación de esta comisión se celebró por varios autores como “la cristalización de una pesada lucha en contra del paradigma dominante que entiende a la salud como un instrumento y un impulsor del crecimiento económico, en lugar de un derecho y un valor intrínseco” (130).

La comisión revisa los diferentes modelos sobre los DSS, enfocándose en los más importantes para el análisis y estudio de las inequidades en salud: Dahlgren y Whitehead en 1991 (proponen un modelo que explica como las inequidades en salud son consecuencia de la interacción de distintos factores, organizados en factores individuales, las redes sociales y comunitarias, y las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales), Mackebach en 1994 (considera los mecanismos para la producción de desigualdades en salud, basados en la relación de causalidad que generan las condiciones socioeconómicas, el entorno, la cultura, y el comportamiento), Diderechsen y Hallqvist en 1998 (describen la influencia de la estratificación social para la producción de enfermedad), y Marmot y Wilkinson en 1999 (plantean los elementos que deben ser prioridad o considerados en las políticas públicas de una región: primera infancia, pobreza, drogas, condiciones de trabajo, desempleo, apoyo social, entorno, alimentos adecuados y transporte) (126,131).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

De esa manera, esta comisión entrega en 2008 las recomendaciones generales para la reducción de las inequidades en salud mediante la intervención de los DSS (tabla 10), las cuales se organizan en 3 áreas de acción generales y 11 áreas específicas (128,129).

Áreas de acción para la reducción de las inequidades en salud
<p>1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Equidad desde el principio.b. Entornos saludables.c. Empleo y trabajo digno.d. Protección social a lo largo de la vida.e. Atención universal de salud. <p>2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Equidad sanitaria en las políticas, sistemas y programas.b. Financiación equitativa.c. Responsabilidad del mercado.d. Equidad de género.e. Emancipación política – Integración y posibilidad de expresarse.f. Una gobernanza mundial eficaz. <p>3. Medición y análisis del problema.</p>

Tabla 10. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las acciones sobre los Determinantes Sociales en Salud (DSS) [Sacada y adaptada de (128,129)].

Las 3 áreas de acción (tabla 10) justifican que (128,129):

1. Condiciones de vida cotidianas: Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad y la estratificación social facilitan que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades.
2. Distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: La desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. Las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a estos.
3. Análisis del problema y necesidad de intervenciones: La necesidad de ampliar la base de conocimientos, de mejorar al personal capacitado en materia de DSS y de sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En particular, considerando que estas áreas de acción para reducir las inequidades permiten promover el enfoque de los DSS, algunos países han avanzado hacia la inclusión de los DSS en el proceso de toma de decisiones a nivel nacional (Brasil, Argentina y Chile), como también desde la agenda del Consejo de Ministros de Salud de la Unión de Naciones Suramericanas el tema de DSS fue considerado como una de las prioridades en su Plan de Acción 2012-15 (132).

Por su parte la OPS en su plan estratégico 2014-2019 considera que los DSS deben abarcar todas las áreas de trabajo de la OPS: “Durante el 2014-2019, la OPS seguirá centrando su trabajo en los determinantes sociales y sus vínculos con la promoción de la salud, abordando la equidad en las cinco categorías programáticas del Plan Estratégico. Además, el fortalecimiento de la capacidad para integrar el enfoque de determinantes sociales de la salud continuará en la Oficina y en los Estados Miembros” (133).

Concretamente, la OMS entonces define a los DSS como las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (128).

De manera específica, dentro del marco normativo en Colombia, el PDSP considera a los DSS como todas las condiciones que “afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación” para potenciar o generar sus problemas de salud (38). Así mismo, la Ley 1751 del 2015 de Colombia, los reconoce como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupaciones, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de la salud” (42). Sin embargo, en la realidad en la superación de estas condiciones que no permiten avanzar en alcanzar la equidad y tener un equilibrio desde los DSS se consideran los verdaderos desafíos (134).

Para terminar, conviene subrayar que la publicación del informe y la adopción posterior de algunos Gobiernos y Organizaciones, ha generado diversas reacciones en sectores sociales y académicos. Por ejemplo, el informe recibió valoraciones negativas por parte de sectores neoliberales, quienes argumentan que no se consideró la importancia del crecimiento económico y la globalización, y su potencial de efectos positivos para la salud y la población, como tampoco se consideró la responsabilidad de las personas sobre su

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

salud. En contraposición, el informe recibió valoraciones positivas por parte de sectores académicos y sociales, quienes destacan la inclusión en la agenda de la OMS de la desigualdad y su relación entre la política y la salud, como también la mención de conceptos como empoderamiento y participación social (135).

2.5.4. EE y DSS:

La salud es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores, como los políticos, geográficos, económicos y sociales, los cuales se ven reflejados en los indicadores de salud de una población.

De modo que, en gran parte de los países los indicadores de salud como la expectativa de vida han aumentado considerablemente. Sin embargo, este panorama de bonanza económica contrasta profundamente con una creciente situación de desigualdad, ya que los niveles de ingresos son cada vez más desiguales y heterogéneos en el mundo, lo que lleva a explicar las diferencias en la expectativa de vida y en los niveles de morbilidad y mortalidad prematura en los países más pobres comparado con los países más ricos (113,129). Así pues, la desigualdad tiene implicaciones importantes tanto para la salud como para sus determinantes sociales, ya que conduce a una mayor estratificación e inequidad en los países y entre ellos (132).

Por lo cual, los elementos estructurales y las características de la APS permiten avanzar hacia el abordaje de las desigualdades en salud y de los DSS, ya que la APS desde su concepción pretende el acceso a los servicios de salud con igualdad, una atención en salud que resuelva las principales necesidades de la población, y la importancia del trabajo intersectorial y la participación de la comunidad como elementos coyunturales de la estrategia (136).

Para el abordaje del EE y los DSS se propone que la APS considere 5 líneas de actuación descritas en la tabla 11 (136):

Líneas de actuación desde la Atención Primaria para el abordaje del Enfoque de Equidad y los Determinantes Sociales
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Información para la acción: Integrar el EE y los DSS en los procesos de divulgación científica, en los entornos académicos y en los programas de salud.2. Participación social: Empoderar a la comunidad, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para el control de los DSS y la promoción de |
|---|

la participación en la toma de decisiones informadas.

- 3. Formación y capacitación:** Fortalecer la formación en los profesionales de la salud en los programas de pregrado y postgrado del EE y DSS.
- 4. Intersectorialidad:** Establecer alianzas entre diversos actores para abordar los factores que incluyen el EE y los DSS.
- 5. Reorientación de la atención en salud:** Fomentar atención en salud con orientación comunitaria, interprofesional y multidisciplinaria.

Tabla 11. Líneas de actuación desde la Atención Primaria en Salud (APS) para el abordaje del Enfoque de Equidad (EE) y los Determinantes Sociales en Salud (DSS) [Sacada y adaptada de (136)].

En el mismo sentido, en 2015 una revisión sistemática de la literatura, considera 3 puntos clave que los países deben tener en cuenta para garantizar la equidad en salud desde el abordaje de los DSS en sus propios entornos (137):

1. Reducir los obstáculos para la promoción de la equidad en salud, entre estos el bienestar económico sobre las necesidades de la población, el predominio del modelo salud biomédico y la falta de trabajo cooperativo entre diversos sectores.
2. Mejorar la sensibilización y comprensión de los DSS en los procesos de formación médica, fomentando la formación en escenarios de práctica en comunidades desfavorecidas.
3. Protección del EE como prioridad entre la sociedad civil, la investigación y la política.

2.6. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

2.6.1 Justificación y definición:

Debido a los problemas de fragmentación de los servicios de salud en las Américas (dificultades en el acceso y prestación de servicios de salud, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, y la poca satisfacción del sistema por parte los usuarios), resulta relevante establecer servicios de salud organizados y basados en la APS como estrategia fundamental, y así dar cumplimiento de las metas de salud a nivel mundial y a nivel de cada país (138,139).

Siendo las RISS como una de las expresiones operativas de la APS, específicamente en la prestación de servicios de salud, las que permiten avanzar en mejorar “la cobertura y

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

acceso universal en salud, la atención integral, la atención en salud apropiada, la organización y gestión óptimas, y la acción intersectorial” (138).

Por ese motivo en 2009, la OPS determina para todos los Estados Miembros en su Consejo Directivo N° 49 “la necesidad de crear modelos de atención en salud más integrales, que incluyan las redes de servicios de salud”. Esto mediante el reconocimiento de la fragmentación de los servicios de salud, la generación de un diálogo entre todos los actores del sistema involucrados en la prestación de los servicios, la elaboración de un plan nacional de acción para impulsar las RISS basado en APS, a promover la formación y gestión de recursos humanos en RISS, y a implementar y evaluar los planes nacionales para el establecimiento de las RISS país (138,139).

La OPS a su vez en 2010, define a las RISS como “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Considerando que las RISS estrechamente vinculadas con los elementos de la APS y de los principios de la APS renovada en las Américas (140).

De igual manera como ya se mencionó, desde la estrategia para el “Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud” del 2014, los DSS y las RISS son elementos necesarios para mejorar el acceso a la salud y disminuir la inequidad en la región (103).

Destacando que las RISS contribuyen a incrementar el acceso en salud, mejorar la atención y fragmentación de los servicios de salud, evitar la duplicidad en infraestructura y prestación de servicios, optimizar los costos de producción y responder a las necesidades de personas, familias y comunidades (138).

Para esto, la OPS plantea 14 atributos de las RISS, los cuales están organizados por ámbito de abordaje (tabla 12): modelo asistencial, organización y gestión, y asignación de incentivos (140).

Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
--

Modelo asistencial:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, |
|--|

<p>prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.</p> <p>3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</p> <p>4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.</p> <p>5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.</p> <p>6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p> <p>7) Gobernanza y estrategia: un sistema de gobernanza único para toda la red.</p> <p>8) Participación social amplia.</p> <p>9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.</p>
<p>Organización y gestión:</p> <p>10) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.</p> <p>11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p> <p>12) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.</p> <p>13) Gestión basada en resultados</p>
<p>Asignación de incentivos:</p> <p>14) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.</p>

Tabla 12. Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) [Sacada y adaptada de (139,140)].

A partir de la evaluación de los 14 atributos especiales (tabla 12) es posible determinar el nivel de fragmentación o integración de la red: red fragmentada, Red parcialmente integrada, o Red integrada (139,140):

1. *Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud:* las RISS deben identificar a la población y el área geográfica bajo su responsabilidad. Conocer la población mediante la elaboración de perfiles de la situación de salud, la identificación de grupos vulnerables y el conocimiento del entorno ambiental. Se deben construir datos en constante actualización, los cuales deben permitir la determinación de necesidades, demanda y oferta de los servicios de salud.
2. *Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública:* Para la prestación de servicios integrales las RISS deben contar con una amplia red de prestadores (centros de salud, hospitales, centros de diagnóstico, centros especializados, entre otros), red que debe incluir todos los niveles de atención, como también servicios para la atención de cuidados agudos, crónicos y paliativos. Esta red de prestadores debe propender por disminuir las barreras de acceso de tipo geográfico. Las RISS deben garantizar la calidad en la prestación de los servicios, así como la capacidad instalada para atender la demanda de un grupo poblacional específico. Por último las RISS deben integrar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
3. *Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población:* El primer nivel será la puerta de entrada al sistema, como también prestará de manera equitativa servicios esenciales para resolver las principales enfermedades y necesidades en salud de la población bajo un abordaje de APS. Adicionalmente, el primer nivel deberá coordinar la continuidad de los servicios y el flujo de información en toda la red. En una RISS, el primer nivel no debe limitarse a la prestación de servicios en un centro de salud, debe llegar hasta un nivel comunitario (familias, viviendas, diversidad de organizaciones, entre otros).

4. *Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios:* Las RISS requieren de la atención responda a las necesidades comunes de la población, como también a las necesidades específicas de determinados sub-grupos, mediante una atención de calidad, eficiencia económica y basada en la evidencia disponible. Para esto se recomienda proporcionar servicios de salud especializados en entornos extra-hospitalarios, como por ejemplo el reorganizar esquemas de cirugía ambulatoria y hospital al día, generar servicios de atención domiciliaria, y crear centros ambulatorios de especialidades.
5. *Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud:* Las RISS requieren de mecanismos de coordinación asistencial para gestionar los diferentes grupos de enfermedades, los cuales dependen de cada situación particular, grado de incertidumbre, especialización o interdependencia. Los mecanismos más utilizados para esta coordinación de basan en la estandarización de procesos/resultados y adaptación mutua, mediante el uso de guías de práctica clínica, protocolos de atención y rutas de comunicación entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.
6. *Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población:* La atención debe centrarse en la persona (cuidado desde las dimensiones físicas, mentales, emocionales, espirituales y sociales), familia y comunidad. La atención a la persona exige el reconocimiento de los derechos de paciente, así como también la consideración de abordajes culturales y de género. Por su parte el abordaje familiar y comunitario requiere que el cuidado del individuo considere sus circunstancias familiares, sus redes sociales y culturales y las condiciones de su entorno.
7. *Un sistema de gobernanza único para toda la red:* El sistema de gobernanza en las RISS debe considerar el grado de centralización, funcionamiento y conformación del gobierno de la red. Este gobierno debe formular los fines de la organización (misión, visión y objetivos), coordinar los diferentes órganos de gobierno, asegurar un nivel de desempeño óptimo, regularizar las funciones clínicas y administrativas, asegurar la financiación, y garantizar la efectividad del desempeño de la red.

8. *Participación social amplia*: La participación en las RISS se expresa en las actividades de autocuidado de las personas, y en la capacidad de las comunidades para participar en la toma de decisiones sobre la red. La participación se da mediante el intercambio de información (entendimiento del problema, alternativas, oportunidades y soluciones), la consulta (retroalimentación sobre el análisis, alternativas o decisiones), el involucramiento (inquietudes y aspiraciones de la comunidad entendidas y consideradas), la colaboración (trabajo con la comunidad para la adopción de alternativas y planteamiento de soluciones) y el empoderamiento (control absoluto por las comunidades de las decisiones que afectan su bienestar).
9. *Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud*: Las RISS deben promover la colaboración entre distintos sectores (público, privado y organizaciones civiles) desde el intercambio de información hasta la integración en políticas públicas saludables y abordar los determinantes de la salud de la población.
10. *Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico*: La gestión de las RISS dependerá del tamaño de la red y su nivel de complejidad. Las RISS grandes y de mayor complejidad requerirán de diseños que garanticen la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional por equipos multidisciplinarios. Adicionalmente, las RISS deben buscar centralizar las funciones de apoyo clínico y compartir sistemas de apoyo logístico (transporte o centrales de regulación de citas médicas).
11. *Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red*: Las RISS requieren de recursos humanos con competencias necesarias para el funcionamiento administrativo, clínico y logístico, que permitan responder desde un abordaje clínico y de salud pública a las necesidades de la población. Para esto se deben crear nuevos puestos de trabajo (director de integración clínica, planeación o desarrollo de la red), como también la adquisición de nuevas competencias para el trabajo multidisciplinario (abordaje sistémico gestión del cambio, formación de equipos, gestión de redes, manejo del conflicto, negociación, entre otros).
12. *Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes*: Las RISS deben tener un sistema de información que permita

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

recopilar una variedad de datos necesarios y disponibles para todos los miembros de la red. Este sistema de información debe considerar un amplio número de variables que considere aspectos demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, y los relacionados con los determinantes sociales, entre otros.

13. *Gestión basada en resultados*: Estrategia en la cual una organización asegura sus procesos, productos y servicios en función de los resultados obtenidos. En las RISS se determina como una oportunidad de mejoramiento y rendición de cuentas por parte de los actores que conforman las RISS. Los resultados definidos deben ser realistas y ser monitorizados y evaluados para determinar su progreso.

14. *Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red*: Las RISS deben implementar un sistema de incentivos y rendición de cuentas que permitan promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas en salud en el lugar más apropiado y la atención en salud a nivel individual y colectivo. Para esto, se debe asegurar un sistema de asignación de recursos por cada unidad funcional de la red, así como un sistema de facturación y contratación integrado o por paquete de servicios que evite los pagos individuales entre sus niveles asistenciales.

Ya para 2011, la OPS reconoce para la región el avance de experiencias en la implementación de las RISS en hospitales en Bolivia, Brasil, Caribe angloparlante, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, y Perú. Aunque para Colombia no se han implementado ni desarrollado las RISS de manera amplia de acuerdo a los lineamientos definidos. Las experiencias registradas muestran que se ha intentado avanzar en la superación de problemas de acceso a los servicios, la oportunidad en la atención, el mejoramiento en la continuidad, la orientación de los servicios según los problemas y necesidades, la coordinación entre los niveles, y el mejoramiento de la capacidad resolutiva del primer nivel de atención (141).

2.6.2 RISS en Colombia:

Colombia considera la importancia de las RISS desde las leyes 1438 del 2011, la ley 1751 del 2015 y el MIAS en 2016.

Primero, desde el 2011 con la ley 1438 define a las RISS como “Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda” (35).

Luego, retomando en 2015 para dar cumplimiento a la ley estatutaria de salud, menciona que “el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas” (42).

Y actualmente, en el marco de la nueva política, las redes se definen como “conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional en un componente primario y complementario” (46).

Es a partir de la ley 1438 de 2011 que se posibilita la creación de las RISS, sin embargo la implementación de la política y la misma formulación son contradictorios, en cuanto se favorece o no controla la integración vertical entre algunos aseguradores e IPS dejando a muchos hospitales excluidos o limitándose a prestar servicios no integrados a los centro de salud que hacen parte de los aseguradores. Por lo cual para Colombia se determinan varios desafíos en las RISS (141):

- Fuerte proceso de rectoría.
- Adecuada sinergia entre la macropolítica y la meso y microgestión, centrándose de la continuidad y la atención del usuario desde la APS a una atención especializada.
- Respuesta las necesidades de salud de la población en un territorio definido y basado en su perfil epidemiológico.
- Articular los lineamientos regionales de RISS con los planteamientos para Colombia determinados en su normativa, para superar las siguientes interrogantes
 - Competencia Vs Complementariedad de los prestadores: se hace necesario formular mecanismos, estímulos y condiciones para fomentar la complementariedad entre los prestadores evitando la competencia fomentada en los principios de la ley 100 de 1993.
 - Regulación del mercado basado en un enfoque de redes: Se recomienda considerar 3 elementos para la regular la relación entre aseguradores y

prestadores: las tarifas, el tiempo de pago y el mecanismo de pago. La experiencia de otros países sugiere el mecanismo de pago prospectivo mediante la capitación basada en riesgo y perfil epidemiológico, y con pagos complementarios por evento según la gestión de resultados.

- Modelo de gobernanza de las RISS centralizado Vs Descentralizado: el modelo descentralizado ha permitido mejorar el acercamiento del sistema a los problemas y necesidades de la población, sin embargo, para la funcionalidad de las RISS se requiere de un modelo de gobernanza que establezca una estructura mínima, contemplando elementos gerenciales, de financiación y de costos adicionales.

También, se considera que las RISS deben construir procesos que favorezcan la integralidad del SGSSS desde la definición operativa de la red, la constitución de los nodos y la consolidación de los roles de cada uno de los actores. Para lograr que las RISS se implementen en Colombia se requiere que las redes operen bajo la lógica de una economía de mercado que permita el funcionamiento bajo un sistema descentralizado de servicios de salud. También se requiere el desarrollo de sistemas de vigilancia y control de los procesos de atención dentro de la red, contemplando elementos como la libre competencia y la libre escogencia. Específicamente, las RISS deben hacer la adaptación basados en los elementos del SGSSS: Sistema de referencia y contra-referencia, desarrollo de sistema de información integrado, articulación entre los niveles administrativos de la red, la regulación de la competencia territorial, la regulación de los nodos que conforman la red, la contratación entre los distintos nodos y actores de la red, los mecanismos propios de vigilancia y control, y el ajuste de mecanismos de acción intersectorial (37).

Por otra parte, en Colombia para 2014 el aseguramiento de la población superaba el 95% en la mayoría del país, pero el acceso efectivo a los servicios se consideró limitado por la falta de capacidad instalada (déficit de camas) y la baja calidad de los servicios de salud, y la persistencia de barreras de acceso. A estos problemas de acceso, se le adiciona el retraso del pago de las aseguradoras a los prestadores, generando problemas financieros en los prestadores, lo que conlleva a cerrar servicios de salud menos rentables como pediatría y ginecoobstetricia, y también a invertir por parte de los prestadores en servicios supra-especializados con la mejor tecnología y de mayor rentabilidad. Lo anterior genera

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

servicios de salud supra-especializados sin la capacidad suficiente para ofrecer servicios integrales que resuelvan los principales problemas y necesidades de la población. Por lo cual, para superar este modelo de servicios supra-especializados y fragmentados, y de servicios con baja calidad y capacidad instalada, las RISS son una buena opción para Colombia (142).

Además, se resalta que un estudio cualitativo se exploraron los factores que dificultan la coordinación asistencial en Colombia entre el mismo y distinto nivel de una red, encontró que dentro los principales factores que limitan la coordinación intra-institucional están el inadecuado flujo de información clínica entre distintos niveles, pocas capacidades y actitudes para el trabajo colaborativo por parte del talento humano y poca adherencia a mecanismos de gestión clínica definidos (guías de práctica clínica y flujo en el sistema de referencia y contra-referencia). Y dentro de los principales factores a nivel interinstitucional se encuentran problemas en la implementación de políticas públicas regulatorias en los procesos de contratación entre aseguradores y prestadores, ausencia de una política de atención integral, y ausencia de mecanismos regulatorios sobre el uso de las guías de práctica clínica (143).

Por todo esto, de acuerdo a las condiciones del sistema de salud en Colombia, aún es muy complejo implementar un sistema basado en RISS, llevando consigo las limitaciones de no hacerlo, por ejemplo la persistencia en la fragmentación en la prestación de servicios de salud y la falta de un enfoque de APS (141). Esperando que con la implementación del nuevo modelo (MIAS) se implementen adecuadamente los elementos de los 14 atributos para poder realmente funcionar en red (140).

2.7. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

2.7.1. Definición de APOC:

Diversos autores consideran que la APS puede estar soportada por una fuerte base comunitaria en donde mediante su participación activa puedan avanzar en la resolución de sus propias necesidades en salud, denominando a este enfoque como Atención Primaria en Salud Orientada a la Comunidad (APOC). Entendiendo a la APOC como el enfoque que debe responder sobre el estado de salud de y desde la comunidad, considerando sus determinantes, su contexto, las posibilidades de intervención y la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

importancia de dar continuidad y sostenibilidad a las acciones en salud propias de cada comunidad (144,145).

La APOC nace en Reino Unido en los 30s (Pickles) y en Sudáfrica en los 40s (Kark), como un modelo con el propósito de orientar los servicios de atención primaria a la comunidad y así mejorar la salud de la misma, esto mediante la identificación de sus necesidades y la definición conjunta de sus prioridades en salud, para poder así generar acciones enfocadas para satisfacerlas, contando con la participación activa de la comunidad y la coordinación de todos los actores (trabajo intersectorial) (95,146,147,148).

En la actualidad se considera a la APOC como parte de la APS integral, ya que se constituye como un modelo de atención primaria con una base comunitaria y con acciones dirigidas a modificar los determinantes sociales, que a su vez considera los principios mínimos definidos en la Declaración de Alma Ata (95,144). Además de que la APOC se encarga de la salud de los miembros de toda una comunidad y no de solo aquellos que usan los servicios de salud enfocándose principalmente en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la integración de la atención primaria con la salud pública (144,149).

Este enfoque hacia la comunidad hace parte de los elementos fundamentales de la APS, siendo conocido por algunos autores como salud comunitaria. Considerando la salud comunitaria como uno de los pocos puntos de confluencia e interacción entre la APS y la salud pública, ya que permite avanzar desde la práctica en la salud de los individuos y la salud colectiva en un entorno comunitario, contemplando la influencia que tienen los determinantes de la salud para esa población y mediante la intervención de múltiples actores, entre ellos el Estado, los profesionales de la salud, y las instituciones de salud por lo menos. Por lo cual, la estrategia de APOC sería el abordaje que permitiría garantizar la salud desde la comunidad (150,151,152).

Dentro de este enfoque en donde la comunidad es el eje de proceso, la literatura establece que los Agentes Comunitarios en Salud (ACS) son un actor fundamental para desarrollar acciones operativas de APS y específicamente de la APOC, ya que ellos son quienes fomentan el trabajo en equipo con los equipos de salud de familia, lo que permite articular acciones operativas en común, adecuar acciones orientadas a resolver las necesidades de la comunidad, y generar una mayor aproximación entre el equipo y a la comunidad (153). Por ejemplo, un estudio determinó que dentro de las principales fortalezas de los

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

ACS en el trabajo en comunidad son el fuerte vínculo con la comunidad, y la resolución de problemas de la comunidad (154).

Es precisamente que un enfoque multidisciplinar en APS y la consideración del contexto, son lo que permiten abordar los determinantes sociales en salud de una población (155,156), como también el fomento de la participación social y comunitaria en la comunidad, son lo que posibilita el trabajo en la solución de los problemas de salud, mediante intervenciones intersectoriales, acciones comunitarias y prácticas individuales. Por lo cual, se recomienda incrementar la influencia de la comunidad en las áreas de planificación y ejecución de sus programas de salud (96,157).

2.7.2. Proceso de APOC:

Los referentes teóricos de la APOC establecen que el enfoque requiere de elementos operativos en su proceso, proponiendo el desarrollo de un proceso. La implementación de la APOC depende de la aplicación de un ciclo de trabajo con unas etapas específicas. Dichas etapas se pueden iniciar de manera aislada o en conjunto. Sin embargo, la recomendación es seguir un orden sistemático para facilitar el trabajo (158).

En este proceso sistemático las etapas mínimas propuestas para una estrategia de APOC son: definición y caracterización de la comunidad, el diagnóstico comunitario, priorización de problemas, planificación de la intervención, vigilancia y evaluación de la intervención y análisis de la nueva situación (tabla 13) (144,158). Adicionalmente, a los componentes ya mencionados, también se recomiendan elementos de soporte, para implementar y gestionar el proceso, entre ellos: Grado de colaboración comunitaria, relación con el sistema de salud, y fuentes de financiamiento (159).

Elementos mínimos para implementar procesos de APOC

- 1. Definición y caracterización de la comunidad:** Elementos necesarios para conocer a la comunidad y hacer un análisis de la situación de salud.
 - a. Definición de comunidad:** Delimitación de la población a intervenir.
 - b. Información necesaria:** Conocimiento de la situación de la comunidad, mediante la exploración de aspectos demográficos, sociales o epidemiológicos.
- 2. Diagnóstico comunitario:** Diagnóstico definitivo con las condiciones, situaciones, problemas y necesidades en salud de la comunidad.

- 3. Priorización de problemas:** Discusión, concertación y selección de los problemas comunitarios que serán intervenidos y objeto de asignación de recursos.
- 4. Planificación de la intervención:** Formulación e implementación de un plan de trabajo para intervenir los problemas priorizados.
- 5. Vigilancia y evaluación de la intervención:** Monitorización y seguimiento permanente de la intervención, y evaluación al finalizar la intervención.
- 6. Análisis de la nueva situación:** Reflexión de los aciertos y oportunidades de mejoramiento de la intervención realizada, para así considerar iniciar de nuevo el ciclo o el paso a seguir.

Tabla 13. Elementos mínimos para implementar proceso de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) [Sacada y adaptada de (144,158)].

Por otra parte, el proceso de APOC está estrechamente relacionado con elementos de la investigación, debido a que la APOC se enfoca en la información de la comunidad a intervenir, los resultados encontrados, la evaluación de los logros del proceso y la apropiación del proceso en la misma comunidad. Además, la investigación se constituye la base de la acción del mismo modelo para llevar a cabo la continua retroalimentación que se requiere (149).

Encontrando elementos comunes del proceso de APOC en la metodología de investigación conocida como Investigación-Acción Participativa (IAP) (Tabla 13), ya que la IAP busca solucionar los problemas identificados de una comunidad y permite fomentar la participación de la comunidad, los cuales son elementos fundamentales de la APS (160,161).

La IAP es un método de investigación cualitativa que combina diversas técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, entre las cuales se destacan la observación participante, las entrevistas o las técnicas grupales, buscando principalmente involucrar la participación de los actores en el proceso de investigación (162,163).

La IAP busca cambiar una situación en la comunidad mediante el conocimiento y la actuación, iniciando con un diagnóstico participativo (para conocer la realidad, problemas y necesidades de la población), y así realizar una intervención participativa (planificación y ejecución de acciones colectivas) para solucionar sus problemas y reflexionar sobre el proceso y lecciones aprendidas (160).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Al mismo tiempo, para garantizar el enfoque multidisciplinar de la APS, la metodología de IAP permite a los miembros de la comunidad apropiarse de la investigación y reflejarse críticamente en los ciclos del proceso y en el trabajo interdisciplinario en APS, apartándose del estilo de atención centrada en el hospital (164).

En el proceso de la APOC los profesionales de la salud juegan un rol fundamental, por lo cual para cumplir con sus principios de han definido unos roles especificados por profesión (tabla 14) (149).

Roles de los profesionales de la salud en APOC
<ul style="list-style-type: none">• Médico:<ul style="list-style-type: none">○ Funciones clásicas: Educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.○ Enfoque psicosocial: Determinantes sociales y diálogo de saberes.○ Participación individual y colectiva, y autoresponsabilidad en salud.• Enfermera:<ul style="list-style-type: none">○ Integrar y coordinar el equipo de APS.• Trabajador Social:<ul style="list-style-type: none">○ Establecer contacto con la comunidad.○ Identificación y enlace con los líderes comunitarios.○ Liderar la coordinación intersectorial.• Otros profesionales de la salud:<ul style="list-style-type: none">○ Todos: Formación en salud pública, educación en salud y orientación social y cultural.○ Articulación y reconocimiento de su rol.○ Fomentar abordaje intersectorial y la participación comunitaria.

Tabla 14. Roles de los profesionales de la salud en un modelo basado en Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) [Sacada y adaptada de (149)].

2.7.3. Importancia del abordaje comunitario

Desde la concepción de la APS en 1978 y de la promoción de la salud en 1986, se ha destacado el papel de la participación de la comunidad para avanzar en la salud de los individuos y comunidades, y así las personas puedan tener un mayor control e influencia sobre las decisiones que afectan su salud (56,82). Incluso en 2014 el tema de la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

participación comunitaria se considera vigente para cumplir con los elementos de Acceso y Cobertura Universal en Salud para la región de las Américas (103).

En otras palabras, la participación de la comunidad se ha concebido como un ejercicio que reconoce el derecho de participación de las personas sobre su salud, en donde la comunidad es uno de los actores más importantes que deben articularse para resolver los problemas y necesidades en salud de una población (80,81,165).

Al mismo tiempo, las comunidades urbanas marginales así como las rurales afrontan complejas problemáticas que de una u otra manera afectan la salud y cuya solución requiere propuestas audaces de proyectos, planes de mejoramiento comunitarios que convoquen a los líderes de estos grupos y les permitan ser coparticipes y protagonistas de las soluciones posibles. La APS y con ella los planes de mejoramiento comunitarios participativos son uno de los caminos para atender los determinantes sociales en salud de las poblaciones (144,166,167).

De ahí que se han documentado experiencias de participación comunitaria, las cuales van desde la planificación, implementación y evaluación de acciones de salud pública y atención primaria, en donde se resalta el papel de la comunidad en la identificación de necesidades y problemas de salud, la coordinación de acciones conjuntas para problemas de salud específicos y el potencial de trabajo con otros sectores (acción intersectorial) (165,168,169).

2.7.4. Experiencias en APOC

Alrededor de todo el mundo, varios países han puesto en marcha modelos basados en APOC para de esta manera lograr satisfacer aquellas necesidades en salud desde la comunidad (144).

La primera experiencia de APOC está documentada en Sudáfrica en los años 40s, la cual se enfocó en mejorar el saneamiento básico y el estado nutricional desde la comunidad, logrando disminuir la mortalidad infantil, la sífilis y la incidencia de infecciones de tejidos blandos como el impétigo en los niños (148,170).

Posteriores experiencias hasta la actualidad han demostrado los beneficios de la APOC. Por ejemplo en Dallas (Estados Unidos) se adoptó un modelo de APOC en la prestación de servicios de salud, logrando mejorar el acceso a los servicios, reducir el tiempo de estancia hospitalaria y disminuir las tasas de mortalidad neonatal e infantil, además de

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

lograr mayor participación de la comunidad en la dirección de programas y la toma de decisiones sobre temas primordiales de la comunidad (159).

En Jerusalén (Israel) la implementación durante 30 años de varios programas basados en el modelo de APOC permitieron reducir la tasa de tabaquismo, mejorar el control de la hipertensión arterial, aumentar el número de niños que recibían leche materna y reducir la incidencia de anemia durante el embarazo (171,172).

Otras experiencias en APOC también han demostrado utilidad en el control de la enfermedad cardiovascular y la diabetes (173), alimentación saludable en niños (174), o en la reducción de las cifras tensionales, mejoramiento de pruebas de tamizaje o seguimiento de grupos de adultos mayores (175).

También se han documentado experiencias en la formación de recursos humanos en salud, en las cuales el modelo de APOC ha sido usado en la formación de médicos familiares, pediatras, médicos generales o enfermeras. Este modelo ha sido útil para mejorar el acercamiento a la comunidad, la necesidad de explorar otros espacios de práctica, trabajar en equipos interdisciplinarios, hacer alianzas, incentivar el liderazgo, identificar un complemento a los servicios hospitalarios, representar nuevas alternativas de investigación, fomentar nuevas metodologías y mejorar la sensibilidad del profesional de la salud para conocer a profundidad su comunidad y resolver los problemas reales de la población (160,176,177,178,179,180,181,182).

2.8 FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN APS Y DSS

2.8.1. Formación de recursos humanos en atención integral:

Desde 1978, en la Declaración de Alma Ata se define la importancia de la atención integral, entendida como el abordaje en salud y enfermedad desde la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación, la cual debe incluir al individuo, la familia y la comunidad (82). Así mismo, se considera a los recursos humanos en salud como uno de los actores más significativos para avanzar en la resolución de los principales problemas de salud, los cuales tienen que estar en consonancia con la academia, los tomadores de decisiones, las instituciones de salud y la comunidad, para que entre todos se busque un fin común (80,81).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Es así, que diferentes referentes normativos han considerado que para garantizar esta atención integral la piedra angular debe ser la formación de recursos humanos en salud.

Como ya se mencionó, desde Alma Ata se establece que se requieren profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, los cuales deben procurar integrar los saberes científicos con los tradicionales en salud, lo cual requiere del establecimiento de un diálogo de saberes. Para este propósito Alma Ata menciona que el profesional de la salud requiere como mínimo avanzar en la adquisición de competencias las cuales le permitan educar y prevenir sobre los problemas de salud más frecuentes, promover una alimentación saludable, asistir en la salud materna e infantil, y ofrecer el tratamiento adecuado para las enfermedades frecuentes (82).

También y posteriormente, los referentes de promoción de la salud, destacan que desde su quinta estrategia (Ottawa, 1986) y específicamente en su cuarta conferencia (Yakarta, 1997), el profesional de salud debe tener la capacidad de orientar los servicios de salud no solo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que también debe garantizar la inclusión de la promoción de la salud en la prestación de sus servicios, articulando a todos los actores y mejorando la capacidad de la comunidad y el empoderamiento del individuo (22,56,58).

Específicamente para la región de las Américas, en 2002 en su proceso de formulación de las 11 FESP, se plantea que la octava función debe hacer referencia al desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud. Función que proyecta la necesidad de contar con recursos en salud con adecuado desarrollo y prácticas, los cuales tengan adecuada formación para responder a las necesidades de cada entorno, requiriendo que las instituciones formadoras promuevan la calidad en la formación, y que se mantenga un equilibrio entre la habilidad y distribución profesional con el objetivo de disminuir la inequidad en las zonas más vulnerables. Para lograr esto, la OPS propone que la región avance en reformas educativas que permitan mayores acercamientos interdisciplinarios y basados en la realidad (experiencias de vida), que los servicios de salud realmente estén orientados a las necesidades de la población, que los recursos humanos en salud puedan consolidar la participación social, y que se mejoren las condiciones laborales entre el profesional y las instituciones de salud. Lo que implica el desarrollo de estrategias de aprendizaje innovadoras, entre ellas el perfeccionamiento de los profesores, procesos de educación continua o aprendizaje basado en problemas (22).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Para 2005, desde los elementos de APS renovada, uno de los aspectos contemplados para alcanzar los elementos de Alma Ata y fomentar la equidad en salud mediante el abordaje de los DSS y resolver los problemas de salud actuales, hace referencia al fortalecimiento de recursos humanos en salud (85,89). Este fortalecimiento mediante la definición de un perfil y competencias específico en APS en las entidades responsables de la formación de recursos humanos en salud, para garantizar un abordaje multisectorial de estos recursos y la capacitación/sensibilización para enfrentar las necesidades de salud de cada país (88,98).

Por lo anterior, en 2013 la OPS realiza la revisión de las competencias profesionales en salud pública de Reino Unido, Estados Unidos y Canadá (tabla 15), entre las cuales se destacan competencias de comunicación, liderazgo, trabajo colaborativo y de planeación en salud (183).

Competencias en el mundo en Salud Pública (SP)		
Reino Unido	Estados Unidos	Canadá
<p><u>Esenciales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y evaluación • Evidencia y efectividad de las intervenciones, programas y servicios. • Políticas y estrategias. • Liderazgo y trabajo colaborativo. <p><u>Complementarias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la salud. • Protección de salud. • Inteligencia en SP • SP académica. • Salud y apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y habilidades analíticas • Desarrollo de políticas y habilidades de planeación • Comunicación • Competencia cultural • Práctica en la comunidad • Ciencias de la SP • Planificación financiera y administración • Liderazgo y pensamiento sistémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciencias de la SP • Análisis y evaluación • Desarrollo de políticas y planificación de programas • Asociación y colaboración • Diversidad e inclusión • Comunicación • Liderazgo

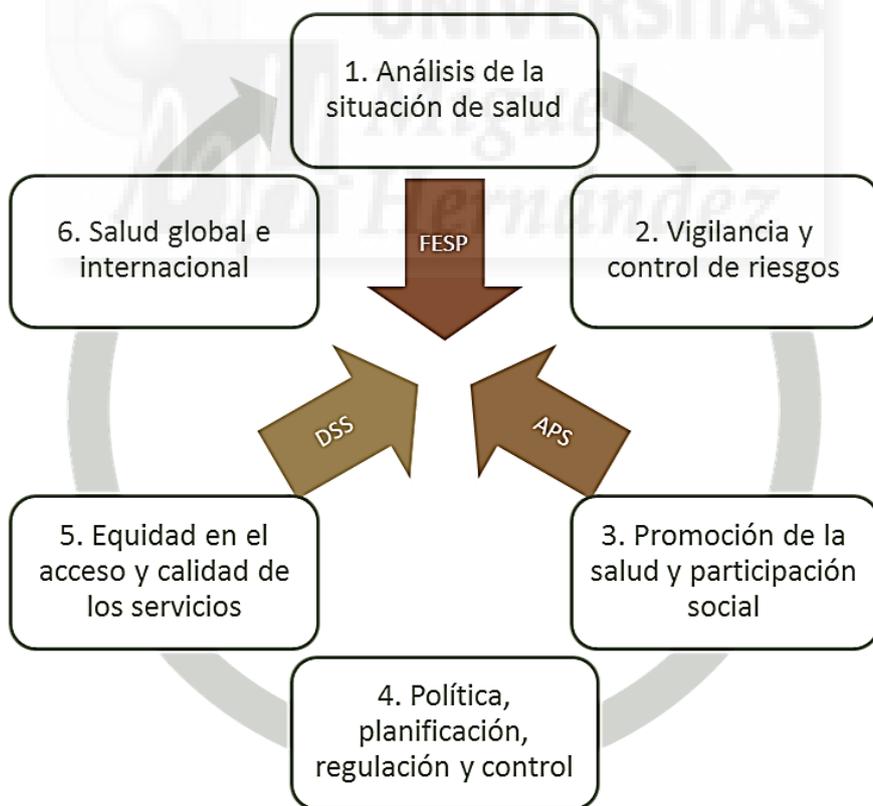
Tabla 15. Competencias en el mundo en Salud Pública (SP) [Sacada y adaptada de (183)].

De esta revisión de competencias en salud pública en el mundo y del resultado de mesas de trabajo de expertos de toda la región, se logró la formulación de las competencias

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

esenciales en salud pública para las Américas, las cuales se organizan en 6 dominios y 88 competencias centradas en el papel del profesional de la salud, las cuales deben considerar a FESP, la APS y los DSS como elementos transversales de todas las competencias (gráfica 7) (183). Las competencias esenciales en salud pública son llamadas así por su relación y coherencia con las 11 FESP definidas en 2002, las cuales se pueden resumir en: 1. Análisis de la situación en salud, 2. Vigilancia epidemiológica, 3. Promoción de la Salud, 4. Participación Social, 5. Políticas de Salud, 6. Regulación en Salud, 7. Acceso equitativo a los servicios de salud, 8. Recursos Humanos en salud, 9. Calidad en Salud, 11. Investigación en salud, y 12. Emergencias y desastres (22).

Comparativamente, este proceso de revisión y definición de las competencias esenciales en salud pública del 2013 para las Américas tiene elementos similares con los competencias definidas en salud pública para España en 2016, las cuales se organizan principalmente en competencias que permitan valorar las necesidades de salud de la población y competencias que permitan desarrollar políticas de salud (184).



Gráfica 7. Competencias Esenciales en Salud Pública para las Américas (APS: Atención Primaria en Salud, FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública, DSS: Determinantes Sociales en Salud) [Sacada y adaptada de (183)].

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Posteriormente en esa misma línea, en 2014 según los elementos de Acceso y Cobertura universal en salud para las Américas se reconoce la necesidad de considerar a los recursos humanos como uno de los pilares fundamentales para avanzar hacia el acceso y la cobertura, recomendando para la región fortalecer la formación y distribución de los profesionales de la salud para responder a los desafíos en salud y enfrentar el déficit de profesionales de la región (103,104,105). En otras palabras, se requieren profesionales de la salud disponibles, suficientes, idóneos, competentes y comprometidos para el trabajo en red (139,140).

Así mismo, Colombia también ha definido la importancia del tema desde su marco normativo. Iniciando en 2007 con su Ley de Talento Humano en Salud en donde define al talento humano en salud como aquel personal que realiza funciones de promoción, educación e información en salud, como también a todo el personal que realiza prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. En esta misma norma, se define el adecuado desempeño y ética del actuar del personal de salud, y también los lineamientos generales de formación de talento humano (185).

Normas posteriores del país, resaltan la necesidad de avanzar hacia la formación integral del talento humano. Por ejemplo en la Ley 1438 de 2011 se recomienda que para alcanzar un modelo de APS para Colombia se requiere de talento humano en salud multidisciplinario, motivado y cualificado, en armonía con elementos de interculturalidad, participación comunitaria, acciones intersectoriales, con cultura de autocuidado, con orientación individual, familiar y comunitaria, con atención integral, integrada y continua, y en constante formación. Como también en la Ley 1751 del 2015 y en el MIAS de 2016, se recomienda el fortalecimiento del recurso humano en salud, el cual tenga la capacidad de garantizar la integralidad en la atención, con un enfoque comunitario, familiar e individual, con un enfoque de derechos y bajo los principios de APS y los DSS (35,42,46).

Por otro lado, la formación de los médicos y otros profesionales de la salud debe basarse en las necesidades propias de su sistema de salud. En Colombia, en la década de los 70, la formación de los médicos se basaba en los elementos del modelo flexneriano, en donde las competencias del profesional se centraban en conocimientos sobre alteraciones funcionales y estructurales. Pero hoy, consecuencia de los cambios del sistema, se reconoce el papel de formar médicos con las competencias idóneas para enfrentar el perfil epidemiológico del país, para esto no solo debe enfocarse en elementos

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

fisiopatológicos, sino también considerar la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el papel que juega el entorno del paciente y la integración de procesos basados en APS (186).

Ciertamente, en la enseñanza de recursos humanos en salud sobre promoción de la salud y educación en salud se ven dos modelos, el tradicional y el crítico. El tradicional se ha centrado en la transferencia de conocimiento y experiencias sobre promoción de la salud y educación en salud, en donde la importancia de la enseñanza se basa en la cantidad de contenidos. En contraparte, el modelo crítico emerge en Latino América, basado en la comunicación, en donde el diálogo y entendimiento de las necesidades de la población permite mejorar la sensibilidad en el futuro profesional, siendo este un agente de cambio. La importancia de propuestas educativas exitosas se ha basado en la reflexión, crítica, y acercamiento a los procesos de salud y enfermedad de los individuos (62).

Así mismo, en la adquisición de competencias interprofesionales en APS, la comunicación es uno de los elementos que el profesional de la salud debe desarrollar, para el trabajo con otros profesionales de la salud y de otras profesiones, pero también para tener un mayor acercamiento a las personas, sus familias y las comunidades (63).

Justamente, la enseñanza crítica permite fortalecer el trabajo en equipo, la comunicación, y el liderazgo en los profesionales de la salud, para que sean coparticipes de los procesos de salud y enfermedad en sus territorios y la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente (62,183,187).

Como también en España en 2009, en donde el Foro Catalán de Atención Primaria resaltó la importancia del mejoramiento de competencias en APS en los profesionales, las cuales les permitieran realizar un mejor abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico de las principales enfermedades, como también el fortalecimiento de principios y valores basados en la “equidad, la justicia social, el acceso universal, la acción multisectorial, la descentralización y la participación de la comunidad”, requiriendo para esto competencias de liderazgo y trabajo en equipos multidisciplinares (88).

En síntesis, para avanzar en la renovación de la APS y resolver los problemas de salud de las comunidades se necesitan profesionales capacitados en conocimientos y habilidades muy específicos en APS. Las competencias consideradas más idóneas para la APS que se recomienda son: Características específicas de la APS (enfoque integral, trabajo en equipo, y coordinación entre niveles), competencias clínicas (buen trato al

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

paciente, atención centrada en el individuo y la familia, atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos, seguimiento compartido, emergencias, y atención domiciliaria), comunicación (entre profesionales, profesionales de salud e individuos, comunidad, y resolución de conflictos), gestión del conocimiento (uso de sistemas de información, internet, y análisis crítico de la evidencia), salud pública y promoción de la salud (conocimientos en epidemiología, enfermedades de vigilancia epidemiológica, y hábitos y estilos de vida saludables), gestión (funciones administrativas y gerenciales, liderazgo, negociación, calidad, planificación y evaluación, y gestión clínica) (188).

2.8.2. Diálogo de saberes/intercultural en salud:

En la formación de los profesionales de la salud la oportunidad de tener exposición a escenarios comunitarios, mediante metodologías participativas y problematizadoras sobre situaciones reales, permite generar un mayor vínculo y sensibilización sobre la situación de las personas (189,190,191). Por consiguiente, diversos autores consideran necesaria la inclusión de competencias comunicativas e interculturales en su proceso de formación, ya que la educación y la comunicación entre el profesional de la salud y distintos tipos comunidad, son elementos fundamentales para generar este vínculo y sensibilización con la realidad (192,193).

Ahora bien, los elementos descritos en la estrategia de APS recomiendan el reconocimiento de los conocimientos tradicionales y populares y el respeto de la diversidad cultural como parte de la atención integral y el abordaje a los problemas de las comunidades (82,194).

Es en donde el diálogo de saberes o diálogo intercultural se presenta como una metodología que permite reconocer las representaciones sociales y prácticas de una población sobre su proceso de salud y enfermedad, siendo el punto de enlace entre la medicina tradicional y la medicina moderna (195,196).

El diálogo de saberes se basa en la comunicación, ya que mediante la conversación entre diferentes actores médicos convencionales y actores sociales se puede hacer la reconstrucción o representación de las distintas prácticas sociales de la población, propiciando el entendimiento mutuo entre las partes, pero respetando las diferentes perspectivas y sin imponer una postura dominante (196,197).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En salud, el diálogo de saberes es útil, ya que además de considerar los elementos de APS, facilita el entendimiento de las prácticas culturales en salud y enfermedad de una comunidad, y también permite generar la apertura de espacios con participación efectiva de grupos interesados en promover su salud y mantenerse saludables (55,197,198).

Por último, el dialogo de saberes hace parte de la metodología de IAP, como un elemento que facilita el acercamiento a distintos actores para la identificación de los problemas de su territorio y la formulación alternativas de mejoramiento (195,199,200).

2.8.3. El papel de la APS y los DSS en los Recursos Humanos en Salud (RHS)

Los profesionales de la salud, pero principalmente los médicos, deben reconocer la complejidad e integralidad del proceso de salud y enfermedad, la salud pública, la promoción de la salud, los determinantes de la salud y los DSS, y la APS para el reconocimiento y abordaje de los problemas de salud de la población (47). Sin embargo, el abordaje holístico de la salud no puede ser implementado si los profesionales de la salud no trabajan con otros sectores y actores, debido que hay responsabilidad compartida en temas como el tabaquismo, la inactividad física, el consumo de alcohol, la malnutrición, la pobreza, el manejo de las basuras, la contaminación ambiental, entre otros (20).

Por lo cual, las alternativas pedagógicas para promover la APS y los DSS se deben centrar en acercamientos críticos y reflexivos de la realidad, con una enseñanza-aprendizaje basados en la experiencia y en la comunidad, como también mediante un acercamiento basado en competencias (62)

Dentro de las estrategias didácticas que se pueden usar para mejorar la reflexión y la crítica en los profesionales de la salud están las historias de vida (comprensión e integración de la teoría con la realidad), la escritura reflexiva (resolución de casos, entendimiento de situaciones, planteamiento de hipótesis para resolver problemas y necesidades, y reflexión sobre los aprendizajes del proceso), y el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) que en salud se conoce como E-health (uso de las TICs para educar a los profesionales y a los pacientes) (62).

Se destaca que la formación en APS no debe estar limitada a los médicos, integrando a diferentes profesionales de la salud y de otras profesiones (99,100,101) y para avanzar en el abordaje de la equidad en salud y de los DSS estas dimensiones deben incluirse desde

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

programas de pregrado y extenderse postgrado, fomentando la formación en escenarios de práctica en comunidades desfavorecidas y vulnerables (136,137).

Aunque con esa orientación, los médicos desempeñan un papel relevante para la superación de los retos del siglo XXI, por ese motivo la responsabilidad social de las facultades de medicina ha sido discutida en los últimos años, definiendo por parte de la OMS en 1995 a esta responsabilidad social como “la obligación de dirigir la educación, investigación y actividades de servicio hacia la priorización de los problemas de salud de la comunidad, región o nacionales”, y de esta manera propiciar una formación con calidad, equidad, relevancia y efectividad para prestar mejores servicios de salud, reducir la inequidad, definir mejor el rol del profesional de la salud y reconocer el impacto de este profesional en la salud de las personas. Lo cual llevó en 2010 a que 130 instituciones formadoras de recursos humanos y generadoras de políticas de formación en salud de todo el mundo, a realizar el “Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools”, consenso que consideró que las facultades de medicina deben ajustarse para que den respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras, reorienten sus prioridades educativas, las investigativas y la de los servicios para responder a esas necesidades, refuercen su gobernanza y articulación con otros agentes sociales interesados, y usen la evaluación y acreditación basada en su desempeño (performance) y en los resultados (outcomes) (201,202).

Para finalizar, en Colombia dentro de su políticas de salud, en el MIAS (2016) se menciona la importancia de formar a los recursos humanos en salud y la actualización de los planes de estudios, como también en la Ley estatutaria en salud (2015) se considera que la salud en Colombia debe ser un derecho fundamental que promueva la atención integral y que sea abordada desde los DSS. Lo anterior refuerza la relevancia para el país en trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de competencias profesionales en APS y DSS, desde el abordaje de la comunidad y la formación de recursos humanos sensibles y capaces para resolver los principales problemas y necesidades del país (42,46). Sumado esto al desafío actual de la paz en Colombia, en donde los profesionales y las instituciones formadoras deben adaptar sus competencias profesionales al postconflicto, para ser un puente entre las comunidades vulnerables por el efecto de la guerra y el sistema de salud, y ser capaces de abordar nuevos desafíos, para así garantizar una paz estable y duradera y contribuir con la equidad en salud en el país, como por ejemplo nuevos desafíos en temas de salud mental o salud infantil entre otros (15,203,204).

3. JUSTIFICACIÓN DE LAS PUBLICACIONES QUE CONFORMAN LA TESIS

3.1. JUSTIFICACIÓN DE LAS PUBLICACIONES

Como se ha mencionado a profundidad en el desarrollo del tema, para resolver los principales problemas en salud de una comunidad diversos actores deben interactuar y trabajar colaborativamente para este propósito, dentro de los cuales los recursos humanos y la formación de los mismos desde la academia son algunos de ellos, destacando su rol como elemento transformador positivo en la salud de la comunidad (80,81).

Por otro lado, Colombia es un país particularmente diverso desde el punto de vista cultural, étnico, demográfico, climático, nutricional entre otros, factores que explican las diferencias en su perfil epidemiológico y factores desencadenantes, lo que ha llevado a que en los últimos años desde los referentes normativos, académicos y científicos se considere la importancia de incorporar en su sistema de salud un enfoque basado en Atención Primaria en Salud, el cual pueda desde su orientación ofrecer atención integral en salud y considere el abordaje de los Determinantes Sociales en Salud, para así garantizar el derecho fundamental de salud de todos los colombianos (3,4,5,6,7,11,35,42,45,46).

Es así que como parte de hilo conductor de la presente tesis doctoral se presentan seis artículos publicados en revistas indexadas, los cuales pretenden reflexionar y presentar información sobre los elementos necesarios y la relevancia de fortalecer la formación de recursos humanos en Atención Primaria en Salud y en Determinantes Sociales en Salud en Colombia, para así mejorar la salud de la población mediante un abordaje integral.

En ese orden de ideas, las publicaciones de la tesis doctoral son:

Publicación principal:

- **Hernández E**, Pimentel J, Orozco D, Carratalá C. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*, 2016.

Publicaciones complementarias:

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- **Hernández E**, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud uninorte*, 2015.
- Lamus F, Correal C, **Hernández E**. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud uninorte*, 2015.
- **Hernández E**, Tuesca R, Guerrero E, Gutiérrez H, Guemes A. Experiencia de sensibilización de talento humanos en salud en Atención primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) nodo Colombia (2013-2015). *Salud uninorte*, 2015.
- **Hernández E**, Severiche D, Mayorga D, López M, Espitia V, Rodríguez A. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. *Salud uninorte*, 2015.
- Rodríguez M, **Hernández E**. Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en institución de salud de primer nivel, Tauramena – Casanare. *Salud uninorte*, 2015.

3.2. DESCRIPCIÓN DE CADA UNA DE LAS PUBLICACIONES

A continuación se realiza la descripción de cada una de las publicaciones que enmarcan la presente tesis doctoral. Se iniciará con la publicación principal, la cual responde de manera cardinal al hilo conductor de la tesis doctoral, de la cual las publicaciones complementarias ayudan a sustentar y justificar mejor este propósito. En la descripción de las publicaciones se menciona el tipo de publicación y revista, como también el resumen general de metodología de las mismas.

- **Hernández E**, Pimentel J, Orozco D, Carratalá C. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*, 2016.

La publicación principal fue publicada en la revista Family Practice en 2016, en el volumen 33, número 3, en las páginas 268-73 (gráfica 8). La revista Family Practice según la clasificación en el momento de la publicación del artículo se clasificó en Q1 según el sistema SCI-SSCI (indexada en el sistema JCR: Journal Citation Report) en la categoría

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Primary Health Care, y Q1 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en la categoría *Family Practice*, con un factor de impacto de 2.022.

Family Practice, 2016, Vol. 33, No. 3, 268–273
doi:10.1093/fampra/cmw010
Advance Access publication 21 March 2016

Qualitative Research

Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach

Erwin H Hernández-Rincón^{a,*}, Juan P Pimentel-González^a,
Domingo Orozco-Beltrán^b and Concepción Carratalá-Munuera^b

Gráfica 8. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*, 2016 [Sacada de (205)].

Este artículo corresponde a una investigación cualitativa tipo IAP, la cual fue realizada de mayo a agosto del 2014. La investigación se realizó con el propósito de explorar la inclusión del enfoque de equidad y de los determinantes sociales en salud en programas universitarios en Colombia e identificar oportunidades de mejoramiento.

La investigación fue convocada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la OPS en el marco del convenio de cooperación técnica (N° 310 del 2013) entre las 2 entidades. Esto debido a que la OPS y el MSPS, como también diferentes autores destacan la importancia de las universidades para re-priorizar la formación centrada en la personas, son las llamadas a generar conocimiento mediante la investigación, fomentan procesos reflexivos y críticos en los estudiantes, y tienen el objetivo de formar agentes generadores de cambio.

Esta IAP se realizó en 2 etapas: 1. Exploración inicial y 2. Validación de la información, incorporando información de profesores y planes de estudio de diferentes universidades en Colombia. Las universidades fueron seleccionadas por consulta con la OPS por el buen rendimiento académico de las instituciones (percepción positiva por la OPS basados en rankings nacionales e internacionales y el sistema de acreditación de educación superior para los programas de salud en Colombia). Seleccionado 9 universidades de diferentes regiones del país y distinta naturaleza (seis privadas y tres públicas).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En la exploración inicial se revisaron los planes de estudios de los programas de salud y se diligenció un cuestionario por los profesores de una entrevista auto-administrado.

Se realizó un análisis de contenido de los planes de estudios, revisando 9 planes de estudios (6 de medicina y 3 de enfermería) y 18 syllabus correspondientes a 12 asignaturas relacionadas con el EE y los DSS. Los planes fueron revisados para estimar la inclusión del EE y los DSS, como también otros aspectos de tipo pedagógico.

Los cuestionarios auto-administrados fueron diligenciados por 13 profesores, quienes fueron seleccionados por las universidades por ser expertos en el tema de EE y DSS. Todos los participantes enseñaban asignaturas relacionadas con el EE y los DSS y dos de ellos eran directores de departamentos. 7 de ellos eran médicos, 5 enfermeras y 1 dentista. Este cuestionario se diseñó basado en los referentes teóricos y la revisión de la literatura sobre el tema.

Posterior a la exploración inicial, se realizó la validación de la información, en donde la información recolectada (cuestionarios y planes de estudio) fue organizada y triangulada, generando nueva información la cual fue discutida por medio de entrevistas. De ese modo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 7 informantes clave (5 expertos de las universidades incluidos en la exploración inicial y 2 expertos de la OPS). En estas entrevistas toda la información fue discutida y validada de acuerdo a las preguntas orientadoras para generar lecciones aprendidas, recomendaciones y conclusiones.

La información fue organizada por categorías de análisis: Importancia para las universidades, planes de estudio, proceso de inclusión en los planes de estudio, interiorización de los estudiantes, factores que facilitan, factores que limitan y elementos para fortalecer la inclusión.

- **Hernández E**, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud uninorte*, 2015.

Esta publicación complementaria fue publicada en la revista *Salud uninorte* en 2015, en el volumen 31, número 1, en las páginas 284-94 (gráfica 9). La revista *Salud uninorte* según la clasificación en el momento de publicación del artículo se clasificó en Q3 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en *Medicine* con un factor de impacto de 0.144.

ARTÍCULO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE
<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.2.7630>

Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional

Training needs for comprehensive early childhood development: perspective from a regional study

Erwin Hernández Rincón¹, Leonardo Parra Beltrán², Camilo Correal Muñoz¹

Gráfica 9. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud univorte*, 2015 [Sacada de (206)].

Esta publicación corresponde a una investigación original con el propósito de caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación y las prácticas de los profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en el cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de niños menores de 6 años (periodo conocido como primera infancia), a partir de las necesidades identificadas en un estudio regional de un conjunto de 16 municipios de 2 departamentos de Colombia (Cundinamarca y Boyacá).

Para esto se realizó un estudio descriptivo mixto, el cual usó técnicas cualitativas y cuantitativas en su proceso de recolección de información de: planes de estudios de programas de salud de la zona de influencia, identificación de las necesidades de formación de los profesionales de la salud que atendían a la población de referencia, y el análisis de la relación entre las necesidades de formación y los contenidos descritos en los planes de estudios para el desarrollo de competencias profesionales para la atención en CSDI en menores de 6 años.

En la investigación se realizó 126 encuestas y 3 grupos de discusión a los profesionales de la salud en proceso de formación, se entrevistaron a 3 informantes clave (médicos pediatras expertos en el país en el tema de formación de profesionales de la salud en CSDI de la primera infancia), se revisaron 9 planes de estudios en el área de la salud. Concomitantemente, se aplicaron 111 cuestionarios a profesionales de la salud en ejercicio, como también a 111 acompañantes de los niños que asistían a consulta de esos profesionales, como también se revisaron 54 historias clínicas relacionadas con los

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

profesionales y población en los sitios en los que se aplicó el cuestionario y la población de referencia (primera infancia).

Toda la información recolectada fue organizada por dominios y categorías de análisis, los cuales se basaron en el enfoque de capacidades de Martha Nussbaum y los referentes teóricos del tema. Los dominios usados fueron: Preparación para la vida (categorías: condiciones de la gestación y el parto, y condiciones del recién nacido), prácticas cotidianas para el cuidado de la salud (categorías: alimentación y nutrición, vivienda, entornos cotidianos del niño, calidad de la atención y educación para la promoción de prácticas saludables, y relaciones e interacciones del niño), seguridad e integridad corporal (categorías: protección y restablecimiento del entorno de derechos, y funcionamiento de redes de apoyo para el hogar y los niños), y educación inicial (categorías: juego, y estimulación). Todos los instrumentos fueron diseñados de acuerdo a estos dominios.

- Lamus F, Correal C, **Hernández E**. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud uninorte*, 2015.

Esta publicación complementaria fue publicada en la revista *Salud uninorte* en 2015, en el volumen 31, número 2, en las páginas 424-34 (gráfica 10). La revista *Salud uninorte* según la clasificación en el momento de publicación del artículo se clasificó en Q3 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en *Medicine* con un factor de impacto de 0.144.

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN/REFLEXION ARTICLE

<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.2.7633>

Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana

Assembling healthy environments under a Primary Health Care framework: the teaching-learning experience of community health at Universidad de La Sabana undergraduate medical program

Francisco Lamus Lemus¹, Camilo Correal Muñoz¹, Erwin Hernández Rincón¹

Gráfica 10. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud uninorte*, 2015 [Sacada de (207)].

Esta publicación presenta el caso y la reflexión de la experiencia educativa en salud comunitaria en el marco de la APS en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana, lo anterior mediante fuentes propias y referentes teóricos sobre el tema.

El caso destaca que este proceso de formación parte de la articulación entre estudiantes, ciudadanos y gestores en salud para el trabajo en acciones que resuelvan los problemas en salud de la comunidad.

El artículo presenta la reflexión desde la construcción del programa académico, el proceso de enseñanza y aprendizaje en APS, la confluencia entre Salud Pública y Medicina Familiar en la APS, la orientación pedagógica de los docentes en la investigación formativa de los estudiantes y las actividades docentes para la formulación de planes de mejoramiento en salud, y finalizando con la justificación del desarrollo de proyectos de salud comunitaria y entornos saludables en distintas organizaciones y comunidades.

- **Hernández E**, Tuesca R, Guerrero E, Gutiérrez H, Guemes A. Experiencia de sensibilización de talento humanos en salud en Atención primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) nodo Colombia (2013-2015). *Salud uninorte*, 2015.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Esta publicación complementaria fue publicada en la revista Salud uninorte en 2015, en el volumen 31, número 3, en las páginas 501-13 (gráfica 11). La revista Salud uninorte según la clasificación en el momento de publicación del artículo se clasificó en Q3 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en *Medicine* con un factor de impacto de 0.144.

ARTÍCULO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.7792>

Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013-2015)*

Training experience in Health Human Resources (HHR) in Primary Health Care (PHC) through the Virtual Campus of Public Health (VCPH) Node Colombia (2013-2015)

Erwin Hernández-Rincón¹, Rafael Tuesca-Molina²,
Eduardo Guerrero-Espinel³, Henry Gutiérrez⁴, Armando Guemes⁵

Gráfica 11. Experiencia de sensibilización de talento humanos en salud en Atención primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) nodo Colombia (2013-2015). *Salud uninorte*, 2015 [Sacada de (106)].

Este artículo se presenta para documentar la experiencia de sensibilización y formación en APS y RISS en Colombia, como parte del “Convenio de Cooperación Técnica 425 entre el MSPS y la OPS”. Por eso, un grupo de universidades encargadas de administrar el CVSP en Colombia avanzaron en liderar 2 procesos de formación para todo el país. Por lo cual el artículo tiene el objetivo de ilustrar la experiencia de formación en Colombia en APS y RISS por medio del CVSP durante el 2013 al 2015.

Para esto, se realizó una evaluación de procesos académicos de 2 cohortes de formación durante el 2013 al 2015 en el CVSP. Formación realizada por 5 universidades que representan a los nodos del campus, las cuales están ubicadas en distinta ubicación geográfica para cubrir a todo el país (Universidad del Norte en Barranquilla, Universidad

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

de Antioquia en Medellín, Universidad de La Sabana en Bogotá, Universidad Libre en Cali, y Universidad Mariana de Pasto).

Para la evaluación de los procesos académicos se aplicaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información, la cual se basó principalmente de los registros del CVSP (actividades de aprendizaje, desempeño del participante y evaluación final del curso), como también la conformación de grupos de discusión entre los coordinadores académicos de los 5 nodos, 1 representante del MSPS y 4 representantes de la OPS.

La primera etapa de formación (2013 a 2014) correspondió al fortalecimiento de los equipos al interior de las universidades en el tema, en cambio la segunda etapa (2014 a 2015) fue un proceso dirigido a todo el país.

Las categorías de análisis y las variables de la evaluación académica fueron: objetivos de aprendizaje, material del curso, utilidad del proceso, acceso a la plataforma, acompañamiento de los tutores, y evaluación del proceso académico.

- **Hernández E**, Severiche D, Mayorga D, López M, Espitia V, Rodríguez A. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. *Salud uninorte*, 2015.

Esta publicación complementaria fue publicada en la revista Salud uninorte en 2015, en el volumen 31, número 3, en las páginas 514-24 (gráfica 12). La revista Salud uninorte según la clasificación en el momento de publicación del artículo se clasificó en Q3 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en *Medicine* con un factor de impacto de 0.144.

ARTÍCULO ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.7632>

Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó (Cundinamarca, Colombia) bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud

Promoting healthy eating in community children's day care centers in the municipality of Sopo (Cundinamarca, Colombia) under the Primary Health Care strategy

Erwin Hernández-Rincón¹, Diego Severiche-Bueno²,
Diana Romero-Mayorga³, María López-Sánchez⁴,
Victoria Espitia-Franco⁵, Adriana Rodríguez-Mancera⁶

Gráfica 12. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. *Salud uninorte*, 2015 [Sacada de (174)].

Esta investigación hace referencia a la aplicación de los elementos de APOC en el proceso de formación de recursos humanos en salud comunitaria.

Se realizó una investigación cualitativa tipo IAP en los hogares comunitarios de 5 veredas del municipio de Sopó, con el objetivo de fortalecer hábitos saludables en alimentación en los hogares comunitarios infantiles y sus familias en el municipio de Sopó desde la APS. Para esta investigación se incluyeron 67 niños entre 2 y 5 años, 5 madres comunitarias, 48 padres de familia, y a 6 funcionarios de la administración municipal de Sopó.

La metodología de IAP se desarrolló mediante etapas estructuradas en la APOC: conocer a la comunidad (inicialmente se estableció el contacto con los hogares comunitarios), elaboración del diagnóstico comunitario (basados en distintas fuentes de información se identificaron 13 problemas en salud de la comunidad, esto mediante la revisión documental de documentos municipales, 8 entrevistas semiestructuradas a madres comunitarias y funcionarios de la alcaldía, y 2 grupos de discusión con 6 funcionarios de la administración municipal para discutir los problemas), definición de prioridades (de forma concertada con las madres comunitarias y la administración municipal se aplicó el método de Hanlon que permitió seleccionar un problema de salud a intervenir: "inadecuada implementación de alimentos saludables en niños entre 2 y 5 años"), implementación del programa (se formula una propuesta de mejoramiento centrada en 3

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

ejes), vigilancia (durante toda la implementación del plan de mejoramiento), evaluación del programa (durante y al final se evaluaron los alcances del programa) y mejoramiento continuo (como elemento final se formulan elementos para continuar con el trabajo y sostener las lecciones aprendidas).

El plan de mejoramiento se centró en 3 ejes, los cuales a su vez se constituían como categorías de análisis:

1. Conociendo (apropiación del conocimiento sobre alimentación saludable por parte de la comunidad): trabajo con los niños sobre el desarrollo de la huerta local y el trabajo con fichas didácticas sobre frutas y verduras. En las madres comunitarias y en los padres de familia se realizaron talleres sobre los beneficios de las frutas y las verduras, y también se hizo un conversatorio sobre las desventajas una dieta no saludable y su impacto en el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles.
2. Motivando (motivación sobre la importancia de la alimentación saludable): En los niños se realizaron talleres lúdicos sobre alimentación saludable. En las madres comunitarias y padres de familia se realizó el seguimiento de los hábitos alimenticios de los niños.
3. Articulando (fortalecimiento de actividades articuladoras para el mantenimiento del proceso): En los niños, madres comunitarias y padres de familia mediante la articulación de acciones para mantener los elementos aprendidos. Y en la administración municipal mediante el soporte de todo el proceso mediante las secretarías de salud y educación, como también la elaboración de una guía de alimentación saludable en conjunto con las nutricionistas del municipio.

Para la recolección de información se diseñaron instrumentos según los referentes teóricos del tema y las categorías de análisis. Realizando entrevistas semiestructuradas en todos los actores al finalizar el proceso para explorar la apropiación y motivación para la adopción de hábitos de vida saludable. En los niños se realizaron mapas parlantes como un elemento de seguimiento e ilustración sobre su conocimiento de las frutas y verduras. A los padres de familia se les realizaba seguimiento y exploración diferida, mediante el envío de cuestionarios sencillos con pregunta abierta. Adicionalmente, mediante la observación participante de las actividades lúdicas de los niños se diligenció un diario de campo por cada uno de los investigadores registrado el proceso.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

La información recolectada fue organizada en cada una de las categorías de análisis y por tipo de actor.

Al finalizar, mediante la realización de un grupo de discusión entre 5 madres comunitarias y 3 personas de la administración municipal se discutieron y validaron los resultados.

- Rodríguez M, **Hernández E.** Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en institución de salud de primer nivel, Tauramena – Casanare. *Salud uninorte*, 2015.

Esta publicación complementaria fue publicada en la revista Salud uninorte en 2015, en el volumen 31, número 3, en las páginas 651-7 (gráfica 13). La revista Salud uninorte según la clasificación en el momento de publicación del artículo se clasificó en Q3 según Scopus (indexada en el sistema SJR: Scimago Journal Ranking) en *Medicine* con un factor de impacto de 0.144

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN/REFLEXION ARTICLE

<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.3.7628>

Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento

Proposal to Improve Primary Health Care and Integrated Health Services Delivery Networks in a primary care level, Tauramena (Casanare, Colombia)

María Rodríguez-Pérez¹, Erwin Hernández-Rincón²

Gráfica 13. Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en institución de salud de primer nivel, Tauramena – Casanare. *Salud uninorte*, 2015 [Sacada de (208)].

Esta última publicación hace referencia a la aplicación de los elementos derivados del proceso de formación en APS y RISS en un entorno local (Tauramena, Casanare), lo anterior consecuencia del proceso de formación en Colombia durante el 2014-15.

El manuscrito presenta la reflexión desde los referentes teóricos de la APS y RISS y su relación con la normativa en salud en Colombia y posteriormente se describe la situación del municipio de Tauramena (sitio de aplicación).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Tauramena es un municipio con aproximadamente 21.000 habitantes, ubicado en la zona de los llanos orientales del país y con un clima cálido. El municipio depende principalmente de la explotación de hidrocarburos (petróleo), aunque también tiene actividades de agricultura y ganadería. Dentro de su perfil epidemiológico, destacan las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y las crónicas no transmisibles, además cuenta con una institución hospitalaria de primer nivel, y cuatro instituciones que prestan servicios de consulta externa.

Por lo tanto, de la reflexión de estos componentes describe la formulación de una propuesta de mejoramiento para el municipio, propuesta que se articula coherentemente con la orientación política del municipio.



4. RESUMEN GLOBAL DE LAS PUBLICACIONES

En el siguiente capítulo se realiza un resumen global de las publicaciones que soportan la presente tesis doctoral. El resumen global de cada publicación se centra en los resultados, la discusión y las conclusiones de los manuscritos.

Las publicaciones se organizan en una principal y en 5 complementarias. La publicación principal da cuenta de la importancia de formar recursos humanos en salud en elementos relacionados con Equidad y los Determinantes Sociales en Colombia, elementos muy relacionados con la Atención Primaria, y la importancia de la exposición a la comunidad en el proceso de formación para mejorar la sensibilidad y desarrollo de competencias integrales en estos recursos. Las otras 5 publicaciones complementan los elementos de la publicación principal, describiendo experiencias que refuerzan la importancia de la formación en atención integral, la relevancia del trabajo desde la comunidad, y elementos de formación desde la APS para Colombia, finalizando con la presentación de 2 ejemplos de aplicación como parte de un proceso formativo, uno desde un trabajo en salud comunitaria como parte de una investigación formativa, y otro con el desarrollo de una propuesta de mejoramiento en APS como parte de la aplicación de los elementos aprendidos.

4.1. INCLUSION OF THE EQUITY FOCUS AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH IN HEALTH CARE EDUCATION PROGRAMMES IN COLOMBIA: A QUALITATIVE APPROACH. *FAMILY PRACTICE*, 2016

Dentro de los resultados más destacables de esta publicación principal, se pudo obtener información de una universidad pública y de cinco privadas. Estas universidades enviaron el consentimiento informado diligenciado y la información referente a sus planes de estudios y los cuestionarios diligenciados.

La información obtenida se organizó por la información cuantitativa y cualitativa de los planes de estudios, y los resultados en las categorías de análisis.

En la revisión de los planes de estudio se analizaron 12 asignaturas relacionadas con la inclusión del EE y los DSS. Los aspectos analizados fueron los créditos académicos, la

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

metodología, la aplicación de los contenidos, las competencias de las asignaturas, los contenidos abordados y los contenidos relacionados con el tema (tabla 16)

Característica	Hallazgos - n=12 asignaturas
Descripción general	En todos los currículos consideran que el EE está incluido en DSS, siendo difícil hacer la diferenciación entre los dos conceptos.
Créditos académicos	El número de créditos promedio para EE y DSS por universidad es de 9,2 créditos. Las universidades que tienen constituida la asignatura de salud comunitaria tienen un número mayor de créditos.
Metodología	La aplicación de los contenidos se centra en prácticas de salud comunitaria, no identificando áreas clínicas como escenario de práctica.
Aplicación de los contenidos	La metodología usada en las clases teóricas se centra en clases magistrales y estudio de casos en la mayoría de las asignaturas.
Competencias	En todos los programas de estudio se centran en competencias en el saber (Conocimientos), y en algunos se pudo identificar el desarrollo de competencias en el saber hacer (Habilidades) en sus prácticas de salud comunitaria.
Contenidos abordados	Los contenidos abordados en las asignaturas reportadas son: Elementos conceptuales de EE y DSS, derechos humanos, diagnóstico de las condiciones de salud, conceptos de salud y enfermedad, estructura social, cultura y salud, y desarrollo humano.
Contenidos relacionados	El EE y DSS se relaciona con otros contenidos, ya que la mayoría de las asignaturas el tema no es exclusivo: Salud comunitaria, Atención Primaria en Salud, Funciones Esenciales de Salud Pública, Educación en salud, Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, Planificación sanitaria, Políticas de salud, Seguridad social, salud ambiental, y Competencias profesionales en salud.

Tabla 16. Características de los planes de estudio en relación con el Enfoque de Equidad (EE) y los Determinantes Sociales en Salud (DSS) [Sacada de (205)].

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

En relación a los resultados de categorías de análisis se determinó: Importancia para las universidades, planes de estudio, proceso de inclusión en los planes de estudio, apropiación estudiantil, factores que favorecen, factores que limitan y elementos para fortalecer la inclusión.

Importancia para las universidades:

Se destaca que para las universidades la inclusión de este tipo de temáticas es coherente con los principios sustantivos de sus Proyectos Educativos Institucionales (PEI), orientados a la proyección social.

También se considera una oportunidad de crecimiento e investigación para la universidad en torno a problemáticas sociales y ajustado a la realidad del contexto del país. Además se reconoce el enfoque como una oportunidad de generar cambio a través de la conciencia crítica que debe ser la función de las universidades.

“... Líderes de su entorno, respetuosos de la diversidad cultural, regional y étnica del país” (Sujeto 1).

Por último, un buen escenario para implementar el modelo APS

Planes de estudio:

El abordaje se da principalmente desde la salud pública y la APS, aunque también desde las humanidades, considerado como un punto de confluencia entre distintos saberes.

“Favorece un diálogo de diversas disciplinas: antropología, sociología, salud pública y comunicación, que pretenden entender y comprender tanto el proceso de salud – enfermedad..... y a partir del discurso generar pensamiento crítico sobre los problemas sociales” (Sujeto 2).

Para la mayoría, la introducción del EE y DSS se da de manera transversal desde los primeros semestres, en el área de salud pública generalmente.

Proceso de inclusión en los planes de estudio:

Adquiere relevancia en asignaturas como salud comunitaria y APS, las cuales permiten tener un acercamiento real a la comunidad que no sólo se limita a lo teórico.

La práctica de salud comunitaria y APS promueve que los estudiantes pasen del saber al saber hacer.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Los principios de las universidades permiten favorecer esta inclusión en los planes de estudios. Algunas universidades han favorecido la inclusión de estas temáticas basados en procesos de reformas curriculares.

“La inclusión requiere de un proceso de persuasión y abogacía entre los profesores” (Sujeto 3)

Apropiación estudiantil:

La apropiación es variable: desde muy poca hasta la generación de estudiantes que se transforman en agentes de cambio.

“Es variable, tenemos desde estudiantes que son refractarios al tema hasta aquellos que encuentran su vocación en el trabajo por la salud de la población como una construcción colectiva..... tenemos estudiantes que responden conceptualmente al tema hasta aquellos que desarrollan capacidades para ser agentes de cambio en la comunidad” (Sujeto 4).

La apropiación se adquiere de forma gradual, siendo superficial en los primeros semestres, pero avanzado a medida que transcurren en su plan de estudios.

Se sugiere incrementar la apropiación desde la práctica, ya que desde la teoría al parecer el estudiante entiende los elementos fundamentales del enfoque, sin embargo en la práctica clínica y hospitalaria estos elementos no son completamente contemplados, diferente a la práctica de salud comunitaria o APS que permite el acercamiento a la comunidad.

Factores que favorecen:

1. La investigación sobre las problemáticas y necesidades de la población.
2. Los docentes comprometidos y cualificados.
3. La orientación social de las universidades y programas académicos.
4. Prácticas comunitarias, en donde el estudiante puede tener un acercamiento más real a la población.
5. Modelos pedagógicos para fomentar el aprendizaje de este tipo de enfoque, promoviendo la sensibilización y crítica.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

6. La documentación y socialización de experiencias demostrativas en el aula y comunidad.
7. La integración del EE y DSS con la Atención Primaria en Salud (APS).

Factores que limitan:

1. Predominio de un modelo biomédico en la formación de los profesionales de la salud.
2. Sitios de práctica clínica centrados en la enfermedad, y no en el EE y DSS.
3. Limitación de sitios de práctica comunitarios.
4. Falta de enfoque intersectorial real en el sector salud.
5. El sistema de salud que no favorece el entendimiento del EE y DSS, ya que se centra en el hospital y no en la comunidad.
6. El enfoque económico del sistema de salud.
7. Docentes con predominio clínico en su formación y abordaje pedagógico.

Elementos para fortalecer la inclusión:

Los elementos para fortalecer la inclusión se enlistan en la tabla 17.

Elementos para Fortalecer la Inclusión
1. Investigación multidisciplinaria.
2. Orientación social de la salud.
3. Consideración de los referentes conceptuales oficiales sobre el EE y DSS.
4. Introducción de distintas corrientes de pensamiento: Marx, Amartya Sen, Martha Nussbaum, entre otros.
5. Distintos escenarios pedagógicos para abordar el EE y DSS: Presencial, virtual, práctica comunitaria, práctica clínica, entre otros.
6. Desarrollo de capacidades: Trabajo en equipo y solidario, diálogo de saberes, toma de decisiones informadas y consensuadas, prácticas comunitarias en comunidades con diversidad cultural y en su vulnerabilidad.

7. Fortalecimiento de competencias que permitan generar un análisis crítico de la situación de salud de los individuos y comunidades, que derive en la formulación y solución de problemáticas y necesidades.
8. Formación, sensibilización y actualización de profesores e investigadores en el tema de EE y DSS.
9. Mayor articulación entre academia, comunidad e instituciones hospitalarias.
10. Planes de estudios integrales, desde lo micro a lo macro, e integrados en el individuo y comunidad.
11. Integración del EE y DSS con la APS (Atención Primaria en Salud).
12. Desarrollo de temáticas en torno al diálogo intercultural (Debates interculturales, prácticas diversas culturalmente).

Tabla 17. Elementos para fortalecer la inclusión del Enfoque de Equidad (EE) y los Determinantes Sociales en Salud (DSS) [Sacada de (205)].

Diferentes referentes reconocen la importancia de fortalecer las competencias profesionales en salud, las cuales puedan integrar los elementos del EE, los DSS y la APS como elementos axiales de su proceso de formación.

La investigación concluye que resulta pertinente que los programas académicos de ciencias de la salud de manera intencional introduzcan el EE y DSS al inicio de la carrera y de forma transversal como parte de las competencias profesionales necesarias para el abordaje real de las necesidades de la población y fortalecer un enfoque basado en APS.

Sobre todo, el acercamiento a la comunidad sensibiliza a los estudiantes sobre los problemas reales de la población, pero aún más si el acercamiento se realiza en escenarios académicos prácticos los cuales les permitan conocer y sensibilizarse con los problemas de su comunidad.

Por último, se recomienda la integración del EE y DSS en asignaturas/módulos de orientación clínica en donde se aborden estos contenidos desde las competencias en el saber y saber hacer.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

4.2. NECESIDADES DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA: PERSPECTIVA DESDE UN ESTUDIO REGIONAL. SALUD UNINORTE, 2015

Los resultados del estudio se organizaron según la información recolectada en los profesionales de la salud en formación y por los dominios de análisis.

Planes de estudio, estudiantes en formación y entrevistas a informantes clave:

Se resalta que en general los programas de formación en ciencias de la salud en sus planes de estudios tienen descrita su orientación hacia la atención integral y el cuidado de la salud hacia la primera infancia. Encontrando contenidos específicos para los dominios de preparación para la vida y las prácticas cotidianas para el cuidado de la salud. Sin embargo, no se registran contenidos para los contenidos sobre seguridad e integridad corporal, como tampoco en educación inicial.

En relación al análisis de las competencias en atención integral y cuidado de la salud pueden verse afectadas porque el conocimiento fundamental se enseña de manera fragmentada, el proceso de enseñanza tiene un predominio clínico y centrado en la especialidad médica, los escenarios de práctica están centrados en atención especializada y curativa, y la escasa formación de los profesores hacia la atención integral.

Preparación para la vida y prácticas cotidianas para el cuidado de la salud:

Por las características de los resultados no fue posible separar los resultados de estos dos dominios, por lo cual se presentan de forma conjunta. Dentro de sus resultados se destaca que entre el 36 al 45% de los profesionales de la salud manifestó realizar actividades en su práctica profesional orientadas hacia la atención integral de la primera infancia (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), considerando de manera variable (40 al 70%) la capacidad para realizar adecuadamente estas actividades. En relación a los acompañantes el 95% manifestó que ha recibido atención de los programas de salud materno-infantil, de los cuales entre el 62 al 73% manifestaron recibir educación sobre promoción de la salud.

Del 83 al 97% de los profesionales de la salud manifestó que realiza educación sobre signos de alarma, sin embargo los acompañantes manifestaron que solo del 55 al 60% de ellos la recibió de un profesional de salud.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Seguridad e integridad:

Los resultados de este dominio se resumen en que la mitad de los profesionales de la salud (51%) mencionó conocer la normativa de infancia y adolescencia, contrario a los acompañantes quienes la conocen en un 72% de ellos.

Además, los profesionales de la salud (40 al 72%) expresaron de forma variable la adquisición de competencias transversales como por ejemplo en salud pública, educación, comunicación o derechos de los niños. Resultado coherente por lo manifestado por los acompañantes, quienes manifestaron por ejemplo que en el caso de los derechos de los niños solo el 40% fueron conocidos por parte del profesional de la salud.

En ese mismo sentido, los profesionales manifestaron conocer los elementos de una vivienda saludable por un 70% de ellos, dato que es contrasta con lo expresado por los acompañantes, ya que ellos manifestaron que en un 63% de ellos el profesional no indagó en su ejercicio profesional sobre las condiciones de vivienda.

Educación inicial:

La mayoría de profesionales (89%) reconocen el juego como un elemento fundamental en el CSDI de los niños. Pero, solo el 68% de los acompañantes menciona que el juego fue mencionado en la consulta de salud.

Aún más, otro dato interesante consistió en que el 63% de los acompañantes refirió que consultan a familiares y amigos como prioridad en relación a los problemas relacionados con el CSDI de la primera infancia.

Dominio transversal:

Los resultados permitieron general un dominio transversal el cual era afín a todos los dominios. Encontrando entre los principales resultados que la mayoría de acompañantes de los niños eran las madres (predominio del género femenino), de las cuales el 56% asiste a un centro de salud por confianza y credibilidad ante los problemas de salud de los niños. Igualmente, el 45% de los acompañantes refirió consultar en internet para buscar información sobre los temas de salud en la primera infancia.

Esta investigación reconoce que los programas de formación en salud en sus planes de estudio tienen una orientación hacia la atención integral, las cuales sin embargo evidencian importantes oportunidades de mejoramiento en relación al desarrollo de

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

competencias que se relacionen con los DSS, la importancia del contexto o elementos de educación en salud para el CSDI de la primera infancia, como también la puesta en práctica de estos elementos.

Así mismo, la formación y puesta en práctica de este tipo de competencias se ve influenciada por el predominio del modelo biomédico, escenarios de práctica centrados en la hospitalización, profesores con poca formación en el tema, y las características propias del sistema de salud.

Para concluir, la investigación destaca la armonía que debe tener el profesional de la salud en relación a las competencias del ser, saber y saber hacer, las cuales no necesariamente son adquiridas en el proceso de formación y está demostrado que realmente si impactan en el mantenimiento de la salud de las personas. De ese modo, resulta fundamental la promoción y desarrollo de competencias que no sean exclusivamente clínicas y que realmente permitan ofrecer una atención integral (promoción de la salud y prevención de la enfermedad).

4.3. CONSTRUCCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: EL CASO DE LA ENSEÑANZA DE SALUD COMUNITARIA EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA. SALUD UNINORTE, 2015

El artículo presenta la reflexión desde la estructuración del programa, la profundización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria, el desarrollo de planes de mejoramiento, proyectos de salud comunitaria y entornos saludables, el ciclo de enseñanza-aprendizaje, y la evolución del proceso.

Estructuración del programa:

Se describe como el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana inicia en 1994, consecuencia del análisis de las necesidades en salud del país y su relación con la relevancia de formar recursos humanos para resolverlos. En esa construcción del Programa, el abordaje desde la salud de la población en la formación de recursos humanos, es lo que permite avanzar en la solución de esos problemas desde los individuos, familias y comunidades, bajo el marco de los lineamientos de APS.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Al ser un Programa nuevo en un contexto de programas tradicionales de Medicina, ante las particularidades del sistema de salud y con el propósito de formar profesionales de la salud que realmente impacten en la salud de las personas, se plantean 4 desafíos: 1. La motivación en el estudiante para la adquisición de competencias que realmente contribuyan a la salud y bienestar común, 2. La posibilidad de abordar comunidades para trabajar desde los elementos de salud comunitaria, 3. La viabilidad de introducir competencias de salud pública necesarias y atractivas para los profesionales de la salud, y 4. La relación entre la oferta y demanda de competencias necesarias para enfrentar las prioridades en salud y ajustarse a las características del sistema de salud.

Para enfrentar estos desafíos el Programa diseña 5 frentes estratégicos: 1. Oferta de asignaturas transversales durante la carrera, para comprender los elementos conceptuales de gestión de la salud, APS y salud pública, 2. Desarrollo de un semestre de profundización exclusivo para Medicina Familiar y Salud Comunitaria, con escenarios de práctica centrados en la APS, 3. Integración en asignaturas clínicas en escenarios de práctica en primeros niveles de atención, 4. Oportunidad de cursado de asignaturas electivas de profundización en Salud Pública o Medicina Familiar, y 5. Articulación con redes académicas y comunitarias locales, nacionales e internacionales, que tienen como orientación los principios de APS.

Profundización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria:

Esta profundización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria se planificó como una sola asignatura, que permitiera ofrecer una experiencia integradora e integral del ejercicio de la medicina en primeros niveles de atención y en escenarios comunitarios.

Para esto, la asignatura ha contado con profesores en el campo de la medicina familiar y profesores en el campo de la salud pública. Lo que además ha requerido de escenarios de práctica para garantizar esta experiencia integradora e integral, por lo cual se han seleccionado como sitios de práctica a las instituciones de salud y a grupos comunitarios de la zona de influencia de la Universidad (Sabana Centro de Cundinamarca).

Sin embargo, dadas las características del sistema de salud, esta experiencia integradora e integral se ha visto afectada, ya que se planeó que la misma comunidad que asistía a consulta debería ser la misma a la que trabaja desde proyectos y planes de mejoramiento en salud comunitaria, pero el sistema no siempre ha garantizado que la atención en salud sea ofrecida en el sitio de procedencia de la comunidad.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Planes de mejoramiento, proyectos de salud comunitaria y entornos saludables:

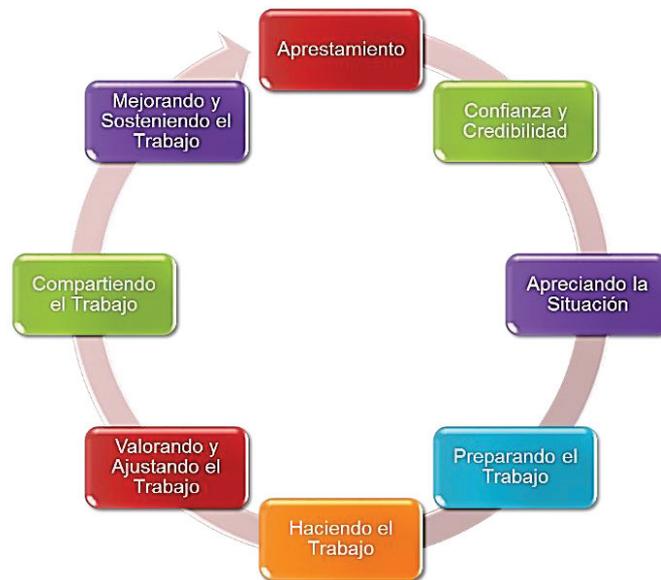
Específicamente en el componente de Salud Comunitaria, inicialmente (1999 a 2007) se identificó a la estrategia de Escuelas Saludables como el elemento que permitía el desarrollo de las competencias en salud comunitaria y realizar acercamientos a la comunidad con un hilo conductor definido, el cual hace referencia a elementos específicos de salud escolar. Posteriormente, desde 2009 consecuencia de una reforma curricular, se consideró que la estrategia de Entornos Saludables (la cual contiene a escuelas saludables) permitía abordar comunidades con una mayor diversidad en sus características poblacionales y vulnerabilidades en salud, integrando mejor los elementos de APS.

En ambos procesos, para no perder la armonía entre la formación de los estudiantes y la resolución de los problemas de la comunidad, semestralmente se planteó la formulación e implementación de planes de mejoramiento, los cuales contribuían en el tiempo al desarrollo de proyectos de salud comunitaria en las comunidades abordadas.

El ciclo de enseñanza-aprendizaje:

Para el abordaje de estos planes de mejoramiento y proyectos de salud comunitaria, la metodología seleccionada para proceso de enseñanza-aprendizaje fue la de investigación-acción, apoyada en los principios de APOC. Esto permitió la construcción de un ciclo continuo en el cual se especifican las fases para el desarrollo de planes de mejoramiento en salud comunitaria, el cual se llamó “Ciclo de la Salud Comunitaria” (gráfica 14).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población



Gráfica 14. Ciclo de la Salud Comunitaria [Sacada de (207)].

Evolución del proceso:

Como último elemento, dentro de la reconstrucción histórica del proceso se destacan los siguientes hitos:

- Las políticas de salud y educación han evolucionado para garantizar la formación de recursos humanos relevantes para responder a los desafíos de país.
- El contexto se puede influenciar positivamente en salud si se avanza en procesos de educación en salud comunitaria.
- La APS ha sido y continuará siendo una estrategia con elementos conceptuales y metodológicos útiles para contribuir al mejoramiento de la salud de la población.
- El aprendizaje basado en proyectos y el aprendizaje basado en el servicio son estrategias fundamentales para la enseñanza de la APS.
- La relación cercana entre el tutor (profesor) y los estudiantes permite alcanzar productos significativos para los estudiantes y las comunidades.
- La interacción en distintos escenarios, ya sea en el aula de clase, en comunidades de distinta naturaleza y en el hospital permiten generar oportunidades de aprendizaje significativo en APS, salud pública y salud comunitaria.
- La comprensión y sensibilización de los contextos en donde viven las personas permite el desarrollo de competencias ciudadanas necesarias en estudiantes de medicina de cara su desempeño futuro.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

El artículo concluye la importancia que tienen la academia en incidir desde la formación de recursos humanos en aspectos estratégicos en las competencias médicas y de otros profesionales de la salud necesarios para fortalecer la salud de la población a través de este tipo de programas, y se destaca la importancia de la APS en los procesos de docencia, investigación, proyección social y su articulación con otros sectores afines a la iniciativa.

Por último, se recomienda que para que se pueda avanzar y mantener procesos de formación en salud comunitaria se requiere:

- Recursos para la investigación, desarrollo e implementación de iniciativas en APS.
- Recursos humanos que apoyen la estrategia desde la docencia, investigación y la proyección social.
- Red de universidades interesadas en el tema, para que apoyen procesos de investigación y generación de conocimiento.
- Desarrollo de metodologías para el trabajo en red en salud.
- Integración con redes y comunidades de práctica en APS a nivel local, nacional e internacional.
- Procesos de formación y capacitación en APS a profesionales de la salud y de otras disciplinas.

4.4. EXPERIENCIA DE SENSIBILIZACIÓN DE TALENTO HUMANOS EN SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) POR MEDIO DEL CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA (CVSP) NODO COLOMBIA (2013-2015). SALUD UNINORTE, 2015

En general los resultados de la experiencia de formación en APS y RISS se pueden resumir y focalizar para responder a la tesis doctoral en fortalecimiento de los equipos de formación, proceso de formación en APS y RISS para Colombia y evaluación final.

Fortalecimiento de los equipos de formación:

El fortalecimiento de los equipos de formación correspondió a la primer cohorte (2013-14), el cual estuvo dirigido a profesores y profesionales de la salud vinculados a las universidades (n=96).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Académicamente el proceso de formación se estructuró en 6 módulos (tabla 18), mediante metodología virtual, para ser cursados en 12 semanas con una intensidad de 120 horas (cada módulo por 2 semanas), tiempo en el cual el participante debía revisar los materiales, realizar las actividades de aprendizaje (resolución de casos, ensayos y participación crítica y reflexiva en foros de discusión), participar en sesiones sincrónicas de apertura de los módulos dictadas por expertos de la OPS (por medio de la herramienta Blackboard Collaborate) y realizar un trabajo final, el cual consistió en la elaboración de una propuesta de mejoramiento. Este proceso de formación se replicó para la segunda cohorte (2014-15), conservando los elementos fundamentales del proceso, pero ajustado en términos pedagógico y metodológicos.

Descripción del proceso de formación en APS y RISS para Colombia

Objetivos del proceso de formación

- Revisar los conceptos de Salud y de Atención Primaria de la Salud y sus alcances, fundamentos, principios, valores y componentes básicos, así como las implicaciones políticas, de organización y gestión para su aplicación. En ese marco revisar y analizar experiencias previas relacionadas con APS en el contexto nacional colombiano.
- Estimular un proceso de reconocimiento y reflexión sobre los factores ambientales y sociales que inciden en la salud de las personas y de la población en general y la adopción de políticas públicas que permitan actuar sobre los mismos.
- Reconocer y analizar las características que deben reunir los Sistemas de Salud basados en la APS, en especial desde la perspectiva de su fundamentación política, financiamiento y organización institucional.
- Reconocer las peculiaridades del SGSSS, reflexionar sobre las restricciones, teóricas o reales, para la incorporación de la APS, y a partir de ese reconocimiento precisar modificaciones requeridas para su implementación con las disposiciones de la Ley 1438 de 2011.
- Examinar conceptos, acciones y estrategias pertinentes para “Gestionar el Cambio” que exige la incorporación en el SGSSS de la APS con sus varios componentes, en particular los relativos a redes integradas de servicios, políticas públicas intersectoriales, participación social, capacitación y formación de recursos humanos.

Módulos del proceso

- Módulo 0. Familiarización con el Campus Virtual de Salud Pública.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- Módulo I. Salud y Atención Primaria de la Salud (APS).
- Módulo II. La renovación de la APS, los Determinantes Sociales de la Salud y la Equidad en Salud.
- Módulo III. Los sistemas basados en la APS-Redes Integradas de Salud.
- Módulo IV. La APS en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
- Módulo V. La Gestión del Cambio-Presentación de un proyecto de intervención.

Tabla 18. Descripción del proceso de formación en Atención primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para Colombia (2013-2015) [Sacada de (106)].

Como elementos de este proceso de fortalecimiento de los equipos de formación se destaca:

- Potenciamiento de capacidades en formación virtual en los equipos.
- Mantenimiento constante del interés sobre el tema de APS y RISS.
- La diversidad de herramientas pedagógicas virtuales permitieron abordar pedagógicamente la temática.
- Los materiales de revisión fueron suficientes y relevantes para el aprendizaje del tema.
- El tiempo de dedicación al proceso fue la dificultad más importante.
- Los profesores con orientación clínica no mostró suficiente interés sobre el tema, y fueron quienes mayor deserción presentaron.

Proceso de formación en APS y RISS para Colombia:

El segundo proceso (2014-15) de formación (ajustado) fue ofertado para profesionales de la salud de todo el país de los niveles administrativos, asistenciales, académicos y políticos, manteniendo la estructura general del proceso de formación previo (tabla 18). En el proceso de inscripción se pudo documentar que la convocatoria tuvo un alcance hasta 22 departamentos del país, de los cuales muchos correspondieron a zonas alejadas y vulnerables, seleccionado de 106 preinscritos a 82 participantes para esta cohorte.

En total entre los 2 procesos, se logró una aprobación de 123 participantes, 58 participantes de la cohorte 1 (60,4%) y 65 participantes de la cohorte 2 (79,3%).

De este segundo proceso dentro de los aprendizajes de los participantes se destaca:

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- Los participantes reconocieron la relevancia y conexión entre los conceptos de salud y APS.
- La APS es una estrategia que integra a la comunidad y promueve el desarrollo social.
- Que la APS tiene una relación directa con el EE y los DSS para promover servicios de salud con una orientación social y su contribución en el mejoramiento de vida de las personas.
- La relevancia de articular los elementos de APS con el de RISS, lo que realmente contribuirá a la solución de las necesidades de la población, a la optimización de recursos y calidad en los servicios.
- La APS tiene una relación con el sistema de salud en Colombia para mejorar la prestación, fomentar la participación, aprovechar mejor los recursos e integrar a diversos actores y niveles.
- Los participantes destacan que la implementación de la APS en Colombia debe basarse en elementos que realmente permitan ese cambio. Para que ese cambio se materialice se requiere de la continuidad y sostenibilidad de iniciativas en salud y el compromiso e integración de todos los actores del sistema.

Evaluación final:

Dentro de los componentes de la evaluación final, en general los participantes evaluaron de manera positiva el desarrollo del curso, con satisfacción superior al 70% en la mayoría de sus componentes. Esta misma evaluación exploró elementos cualitativos de su proceso de aprendizaje, mencionando que los participantes creían antes del curso conocer los elementos normativos, pero posterior al curso reconocen que sus conocimientos previos no eran tan profundos ni detallados. También se documentó que para algunos el contenido menos conocido era el de RISS y para otros el mismo concepto de APS de manera integral.

Por otro lado, el desarrollo de esta experiencia refuerza la necesidad de formar recursos humanos en salud para facilitar la implementación de la APS en los territorios, y aún más en un país en donde recientemente (2011) el tema de APS se ha introducido en sus políticas de salud. Esto sumado a la estrategia que seleccionó el país para este proceso de formación, ya que el desarrollo de procesos de formación mediados por las TICs permiten superar barreras para el acceso de conocimiento y actualización o adquisición en elementos necesarios para mejorar su práctica profesional e impactar en poblaciones

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

vulnerables y dispersas, esto último soportado por la variabilidad de la procedencia de los participantes del segundo curso (ampliación del alcance de la oferta) y el total de profesionales de la salud formados (en total 123 con diversidad en el ámbito de actuación y procedencia).

La experiencia también permitió mostrar el trabajo colaborativo entre las universidades que lideraron el proceso, potenciando de manera cruzada las habilidades en educación virtual y en la profundidad de los conocimientos en APS de los profesores quienes participaron como tutores virtuales. Entonces adicional a la formación de profesionales en todo el país, las dos experiencias contribuyeron a mejorar la capacidad instalada en las 5 universidades, la primera al formar a propios profesores, y entre las 2 al mejorar los conocimientos y habilidades para la formación en sus propias universidades de en pregrado y postgrado en APS, mediante acercamientos pedagógicos innovadores.

Para finalizar la experiencia destaca:

- La interacción entre personas y grupos de distintas regiones y contextos, potenciando el debate e intercambio entre distintos saberes y experiencias.
- La reflexión y socialización sobre las distintas problemáticas de muchas regiones del país como parte del ejercicio académico.
- La transformación de conocimientos, actitudes y prácticas en APS mediadas por las TICs.

4.5. PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN HOGARES COMUNITARIOS INFANTILES DEL MUNICIPIO DE SOPÓ BAJO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. SALUD UNINORTE, 2015

Los resultados del estudio se organizaron de acuerdo a las categorías de análisis. En total participaron 67 niños de 3 hogares comunitarios, con edades entre 1 y 5 años, todos los niños reciben desayuno, refrigerio y almuerzo de lunes a viernes en los hogares comunitarios.

Apropiación del conocimiento por parte de la comunidad:

Las madres comunitarias entendieron la importancia del consumo frecuente de frutas y verduras, y el número de porciones. Así mismo, reconocen la relación entre obesidad y enfermedades de tipo crónico.

En relación a los padres de familia, en general estos reconocen a los alimentos saludables, sin embargo, desconocen a profundidad el tipo y número de carbohidratos según la edad del niño. Igualmente, los padres manifestaron que le suministran a sus hijos golosinas a diario “por lo menos un paquete diario”.

En cuanto a los niños, los padres identificaron mejoramiento en los conocimientos relacionados con los beneficios sobre el consumo de frutas y verduras, documentando los comentarios de los niños:

“Mi hijo dice que ahora come ensalada porque es buena para los huesos”

“Comer sano los hace crecer más”

Los padres también tienen conocimientos en relación a los beneficios de una alimentación saludable, pero presentan dificultades para identificar las consecuencias de no llevar una alimentación saludable. En este aspecto los niños también lograron identificar que alimentos no eran saludables como las bebidas azucaradas y los alimentos procesados:

“Las frutas son buenas porque me hacen crecer”

“Las papas y las gaseosas enferman”

Al finalizar los padres de familia y familiares destacan que sus niños además también fueron educadores en el hogar.

“Mi nieta llegó diciendo que toca comer 5 veces frutas y verduras al día”.

Motivación de la comunidad:

El trabajo articulado y participativo con las madres comunitarias para la planeación e implementación de actividades con los niños, permitió mejorar la motivación de las madres comunitarias para la adopción de elementos de una dieta saludable en los hogares comunitarios. En ese sentido, la mayoría de las madres comunitarias manifestó la importancia de realizar y mantener actividades de alimentación saludable con los niños.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Los padres también manifestaron que mejoraron su motivación, principalmente por los aprendizajes manifestados por sus hijos, los cuales generaron la intención en los padres de reflexionar sobre el consumo de alimentos saludables:

“A mi marido no le gustan las verduras,...pero como a mi hijo le gustan las verduras, él ya se las trata de comer”.

Al observar a los niños durante el proceso de la investigación, según los diarios de campo se observó que al inicio los niños tenían mayor interés de consumo de golosinas, comparado con la etapa final de la investigación, en donde los niños mejoraron su motivación hacía el consumo de frutas y verduras, aunque con persistencia del consumo de golosinas en menor proporción. Un elemento destacable de esta motivación fue el desarrollo de la huerta escolar, ya que los niños eran más sensibles al desarrollo de esta actividad y en casa según lo manifestado por sus padres lo reflejaron en ese mismo sentido.

La motivación de los niños desde la visión de los padres de familia:

Como categoría emergente de la investigación, en el componente de motivación se pudo profundizar mejor en relación a la motivación de los niños desde el rol de los padres de familia.

Los padres refirieron que los niños comen más frutas y verduras que antes, incluso a algunos niños desde ese momento les empezó a gustar el consumo de verduras, el cual según los padres es muy difícil.

“Cuando le estoy dando la verdura me dice que eso sirve para los huesos, ¿cierto mamá?”

“La verdura le empezó a gustar”

Los padres de familia manifestaron que el consumo de comida no saludable en algunos niños disminuyó, pero que en otros continúa igual.

“Si los niños dicen que los paquetes son malos, no les vuelvo a comprar”.

“Los niños dicen que son malos, pero es lo primero que hacen cuando los llevo a una tienda es comer dulces”.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

Articulación:

La investigación contó con el trabajo articulado y con el apoyo de distintos sectores de la administración municipal, contando con funcionarios de distintos sectores (salud y educación). Estos funcionarios destacan la importancia del trabajo con los hogares comunitarios y el potencial de agentes de cambio para el municipio, el mantenimiento de hábitos saludables y la prevención de enfermedades de tipo crónico no transmisible.

Esta investigación y el desarrollo de su metodología (IAP) permitieron vincular directamente a la comunidad, lo que logró una mayor participación y trabajo intersectorial en cada una de sus etapas.

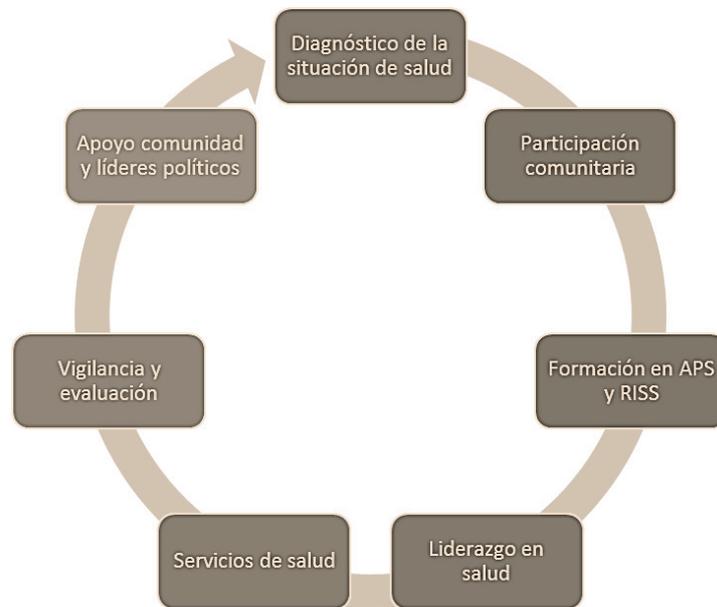
La investigación concluye que los niños pudieron demostrar que son capaces de reconocer que las frutas y las verduras son componentes fundamentales en su dieta para estar saludables; además, es importante resaltar el potencial que tienen los niños para convertirse en agentes de cambio, específicamente para esta investigación con respecto a la alimentación saludable en sus hogares involucrando a sus padres, y mejorando una mejor adopción de hábitos saludables.

En relación con los padres de familia y madres comunitarias, estos demostraron que su motivación mejoró por los niños y para mejorar en ellos el consumo de frutas y verduras, lo cual resalta la importancia de actores de soporte para la sostenibilidad de iniciativas en salud.

4.6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y REDES INTEGRADAS EN INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL, TAURAMENA – CASANARE. SALUD UNINORTE, 2015

El manuscrito presenta la propuesta de mejoramiento para Tauramena derivada de la reflexión de los referentes teóricos y normativos, como también de la situación del municipio. La propuesta se organiza en 7 ejes (gráfica 18) la cual debe iniciar con la sensibilización de diferentes actores (comunidad, profesionales de la salud, gremios y empresarios, instituciones de salud, entre otros) para garantizar la atención integral en salud del municipio y en donde la institución hospitalaria sea el foco del proceso.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población



Gráfica 18. Ejes de la propuesta de mejoramiento en Atención Primaria en Salud (APS) en Tauramena [Sacada de (208)].

Para finalizar, la reflexión y formulación de la propuesta permiten identificar elementos propios de un contexto particular para el mejoramiento de la salud de su población y visualizar los elementos centrales del proceso de formación para Colombia 2014-15.

Concluyendo, que iniciativas de mejoramiento en APS en diferentes lugares del país, pueden iniciar con la formación de recursos humanos sensibilizados e interesados por cambiar la situación de propios entornos, requiriendo del trabajo articulado con otro tipo de actores para garantizar la continuidad y sostenimiento de las propuestas, para posicionar y mantener a largo plazo de iniciativas orientadas a mejorar su salud.

5. RECOMENDACIONES Y CONTINUIDAD

5.1. RECOMENDACIONES FINALES

Estas y futuras investigaciones, así como el desarrollo del tema, permiten profundizar en el entendimiento de la APS y los DSS en Colombia, principalmente desde la formación de recursos humanos en salud para impactar en el mejoramiento de la salud de su población. Este entendimiento debe ser conocido y discutido por distintos sectores interesados o afines a sus resultados:

- **Sector político (tomadores de decisiones):** por lo menos desde los sectores de salud y educación, para la definición de prioridades y generación de recomendaciones en la formación de recursos humanos en salud, desde un nivel nacional y regional en las Américas. También el sector político debe entender que la salud no solo depende de elementos hospitalarios, destinando recursos para impactar desde los DSS y mediante un abordaje basado en APS.
- **Academia:** mediante la sensibilización a las instituciones de educación sobre la relevancia de integrar elementos de APS y DSS como parte de sus planes de estudios, no solo desde lo teórico, sino también mediante el contacto con la comunidad, lo cual permite una mayor sensibilidad y conocimiento de la realidad de la población y formar para una atención integral (atención no limitada al entorno hospitalario ni a un proceso de enseñanza con predominio biomédico). También desde la academia en la búsqueda de estrategias de enseñanza y aprendizaje innovadoras y la generación de competencias para el mejoramiento de la salud de la población.
- **Comunidad:** como beneficiaria importante del entendimiento y abordaje desde la APS y DSS por los otros actores, como también siendo parte activa en la toma de decisiones de elementos que afectan su salud (participación comunitaria y acción intersectorial). En la comunidad también se debe trabajar en la sensibilización de que la salud no solo depende del hospital.
- **Recursos humanos en ejercicio e instituciones de salud:** mediante el reconocimiento de la importancia de explorar otros elementos desde el hospital y en desde otros entornos para ofrecer una atención integral que permita mejorar la salud de la población ante un perfil epidemiológico diverso y condiciones sociales que difícilmente son consideradas en el modelo biomédico tradicional. También los

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

recursos humanos en ejercicio y las instituciones en las que trabajan, deben desarrollar procesos de formación y educación continuada, que permitan la adquisición y mantenimiento de competencias relacionadas con los DSS y APS, y de atención integral.

Adicionalmente, estas investigaciones y desarrollo de la tesis presentan un hilo conductor, el cual genera la inquietud de profundizar en el entendimiento de los DSS y APS en Colombia, no solo desde la formación de recursos humanos, sino también en todos los factores y contextos que dependen del proceso de salud y enfermedad, como por ejemplo la medición de desigualdades en salud o los elementos relacionados para alcanzar y mantener la paz en Colombia.

Por último, el desarrollo de la tesis doctoral y sus características (tesis por conjunto de publicaciones), permiten la socialización y divulgación de los elementos abordados, sin embargo, se hace necesario buscar otro tipo de entornos para fomentar la circulación y transferencia del conocimiento.

5.2. CONTINUIDAD Y PROYECCIÓN

El hilo conductor presentado en la tesis doctoral y sus artículos derivados también han tenido la oportunidad de ser socializados en otros entornos, en los cuales han sido valorados positivamente (anexos):

- Reunión técnica: La misión social de la educación médica para alcanzar equidad en salud (Brasil, 2014): Reunión técnica de la OPS, en donde se seleccionó la experiencia de EE y DSS para representar a Colombia y aportar en la discusión de los elementos centrales del valor social de la formación médica en la región de las Américas.
- Ponencias en el 9no Congreso Internacional de Salud Pública – Salud Pública y Desarrollo: Visiones y Alternativas (Colombia, 2015).
 - Inclusión del Enfoque de Equidad y Determinantes Sociales en Salud en Programas de Formación en Salud en Colombia como Escenario de Aplicación y Aprendizaje de la Atención Primaria en Salud.
 - Sistematización de la Experiencia de un Modelo de Atención Primaria en Salud en Colombia Orientado a la Comunidad y a Nivel Organizacional.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- Ponencia y Full Scholarship en el Fourth Global Symposium on Health Systems Research (Canadá, 2016): Obtención de beca completa para la presentación de la publicación principal de la tesis “Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach”.

Por otra parte, como parte del proceso de la tesis doctoral fue posible avanzar en la redacción y sometimiento de otros artículos, los cuales no se incluyeron en la tesis debido a que en el momento de elaboración de la tesis estos no tenían una respuesta definitiva de aceptación por parte de las revistas, pero los mismos fortalecen el hilo conductor de la presente tesis doctoral y hacen parte de la proyección del tema:

- Artículo de investigación original aceptado con correcciones en una revista Q2 (JCR y SJR): Intervención en Atención Primaria en Salud en Colombia para desarrollar capacidades de líderes comunitarios
- Artículo de reflexión aceptado con correcciones en una revista Q3 (SJR): Diálogo de Saberes: propuesta para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población.
- Artículo de revisión en sometimiento sobre la importancia de la prevención primordial de la HTA en Colombia.
- Artículo de revisión en sometimiento sobre las competencias de líderes comunitarios en APS en Colombia.
- Artículo de reflexión en sometimiento sobre el valor social de la investigación en APS.

Del mismo modo se espera avanzar la formulación de investigaciones de los temas de EE y DSS, APS y APOC en otros países y en Colombia, y su relación en la formación de recursos humanos y el impacto en salud de las comunidades.

Para finalizar, se ha proyectado la generación y fortalecimiento de vínculos de académicos e investigativos transnacionales para el intercambio y colaboración mutua en por lo menos temas de Medicina Familiar, Salud Pública, Atención Primaria y Salud Comunitaria, como los forjados entre Colombia y España como parte del ejercicio de tutoría y desarrollo de la tesis doctoral.

6. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

A continuación se enlistan las principales siglas y acrónimos usados en el documento:

- ACS: Agentes Comunitarios en Salud.
- APOC: Atención Primaria Orientada a la Comunidad.
- APS: Atención Primaria en Salud.
- CESP: Competencias Esenciales en Salud Pública.
- CSDI: Cuidado de la Salud para el Desarrollo Integral.
- CVSP: Campus Virtual de Salud Pública.
- DANE: Departamento Nacional de Estadísticas (Colombia).
- DSS: Determinantes Sociales en Salud.
- EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
- EE: Enfoque de Equidad.
- EPS: Empresas Promotoras de Salud.
- EpS: Educación para la Salud.
- ETV: Enfermedades Transmitidas por Vectores.
- FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública.
- GIRS: Gestión Integral del Riesgo en Salud.
- HNE: Historia Natural de la Enfermedad.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- IAP: Investigación-Acción Participativa.
- IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- MBE: Medicina Basada en la Evidencia.
- MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud.
- MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia)
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de Naciones Unidas.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PAHO: Pan American Health Organization.
- PAIS: Política de Atención Integral en Salud.
- PDSP: Plan Decenal de Salud Pública (Colombia).

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- PEI: Proyecto Educativo Institucional.
- PHAC: Public Health Agency of Canada (Agencia de Salud Pública de Canadá)
- PNSP: Plan Nacional de Salud Pública (Colombia).
- PTS: Plan Territorial de Salud.
- RCV: Riesgo Cardiovascular.
- RHS: Recurso Humano en Salud.
- RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud.
- RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud.
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- THS: Talento Humano en Salud.
- TICs: Tecnologías de Información y Comunicación.
- UPC: Unidad de Pago por Capitación.
- WHO: World Health Organization



7. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Población Colombia. [Online].; 2016 [cited 2016 04 22. Available from: http://www.dane.gov.co/reloj/reloj_animado.php.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Estadísticas por tema: Demografía y Población. [Online].; 2016 [cited 2016 04 22. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>.
3. Marca País Colombia. Colombia, un país pluriétnico y multicultural. [Online].; 2013 [cited 2016 04 22. Available from: <http://www.colombia.co/asi-es-colombia/colombia-un-pais-plurietnico-y-multicultural.html>.
4. Eslava J. Climatología y diversidad climática de Colombia. Rev. Acad. Colomb. Cienc. 1993; 18(71): p. 507-38.
5. Bernal O, Forero J, Villamil M, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(3): p. 181-7.
6. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las no Trasmisibles. Rev.cienc.biomed. 2012; 3(2): p. 282-90.
7. Gómez R. La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2001; 19(2): p. 57-74.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Transición Demográfica en América Latina. [Online].; 2000 [cited 2016 04 15. Available from: http://www.cepal.org/celade/sitdem/de_sitdemtransdemdoc00e.html.
9. Silva A, González P. Una revisión a la composición y transición demográfica en Colombia. rev.fac.cienci.econ. 2007; XV(2): p. 61-78.
10. Idrovo A, Eslava J, Ruíz M, Rodríguez J. La otra transición epidemiológica: hitos en el desarrollo de la epidemiología de los factores de riesgo en Colombia. Biomédica. 2008; 28: p. 480-96.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud - 2014. [Online].; 2014 [cited 2016 03 01. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf.
12. Sánchez M. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Pediatr. 2011; 67(4): p. 223-9.
13. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011; XXXIII(1): p. 11-4.
14. Urrego D. Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. rev.fac.med. 2015; 63(3): p. 377-88.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

15. Gaitán H. La paz en Colombia: una oportunidad para la construcción de un país más justo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016; 67(3): p. 181-3.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. [Online].; 2008 [cited 2016 04 20]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008_resumen.pdf.
17. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(6): p. 2817-28.
18. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *Epidemiol Community Health.* 2011; 65: p. 653-5.
19. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. [Online].; 1981 [cited 2015 05 01]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
20. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 12(3): p. 149-52.
21. MacDougall H. Reinventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(11): p. 955-9.
22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud Pública de las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, DC: OPS; 2002.
23. Chernichovsky D, Prada S. Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta. *Estudios Gerenciales.* 2015; 31(135): p. 163-70.
24. Uribe J. «Colombia, la más sana». La urgente necesidad de una visión para la salud colombiana. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2015; 22(4): p. 157-8.
25. Merlano C, Gorvanev L. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de la literatura. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2013; 12(24): p. 74-86.
26. Merlano C, Gorvanev I. Literature on the Colombian Health System: An Evidence-Based View. *Latin American Business Review.* 2014; 15: p. 1-12.
27. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. [Online].; 1993 [cited 2015 06 01]. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.
28. Graphic Resources S.L. Flaticon. [Online].; 2013-16 [cited 2016 06 01]. Available from: <http://www.flaticon.es/>.
29. Restrepo J. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2007; 25(1): p. 82-9.
30. Arroyave I, Cardona D, Burdorf A, Avendano M. The impact of increasing health insurance coverage on disparities in mortality: health care in Colombia, 1998-2007. *American Journal of Public Health.* 2013; 103(3): p. e100-6.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

31. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. [Online].; 2007 [cited 2015 05 01]. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html.
32. Tafur L. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Colomb. med. 2007; 38(2): p. 107-12.
33. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. [Online].; 2007 [cited 2015 05 01]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26259>.
34. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 de 2008. [Online].; 2008 [cited 2015 05 01]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28912>.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438. [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2015 06 01]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.
36. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Rev Salud Publica (Bogota). 2012; 14(5): p. 865-77.
37. Franco A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Rev. gerenc. políticas salud. 2012; 11(22): p. 28-42.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Online].; 2012 [cited 2015 Oct 1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
39. Castañeda R, Rodríguez A. Panorama de las enfermedades transmisibles en Colombia desde la perspectiva del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Infectio. 2015; 19(4): p. 141-3.
40. Hernández M. El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. Rev. salud pública. 2000; 2(2): p. 121-44.
41. Hernández E, Hernández M. ¿Cuáles son nuestros derechos de salud en Colombia? Salud y Bienestar (ISSN:2216-4132). 2012; 7: p. 2-3.
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751. [Online]. Bogotá; 2015 [cited 2015 06 01]. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
43. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Publica Mex. 2015; 57(5): p. 433-40.
44. Claderón J. Autonomía médica y la ley estatutaria de salud. Acta Med Colomb. 2015; 40(1): p. 51-3.
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. [Online]. Bogotá; 2016 [cited 2016 04 15. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente". [Online].; 2016 [cited 2016 02 20. Available from:

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

47. López E. Hacia una nueva salud pública en Latinoamérica. *Atención Primaria*. 2005; 36(6): p. 336-8.
48. Eslava D, Puntel M. Representaciones sociales de salud y enfermedad: Investigando el estado del arte. *Cienc. enferm*. 2002; 8(2): p. 59-72.
49. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documentos Básicos: Organización Mundial de la Salud. 48 edición. [Online].; 2014 [cited 2016 05 15. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>.
50. Alcantará G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. 2008; 9(1): p. 93-107.
51. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la promoción de la salud. 2007; 12: p. 41-50.
52. Flores R. Salud, Enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural. *Revista Mad*. 2004; 10: p. 21-9.
53. Langdon E, Wilk F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): p. 177-85.
54. Jaramillo J. Ecología - Salud y enfermedad. *Acta Médica Costarricense*. 2010; 52(1): p. 43-8.
55. Frenk J, Gómez O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? *Salud pública Méx*. 2016; 58(1): p. 84-8b.
56. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. [Online].; 1986 [cited 2015 05 15. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
57. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud: Glosario. [Online].; 1998 [cited 2015 05 15. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf.
58. World Health Organization (WHO). Milestones in health promotion: Statements from global conferences. [Online].; 2009 [cited 2016 05 15. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1>.
59. World Health Organization (WHO). 7th Global Conference on Health Promotion. [Online].; 2009 [cited 2016 05 15. Available from: http://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf.
60. World Health Organization (WHO). The 8th Global Conference on Health Promotion. The Helsinki Statement on Health in All Policies. [Online].; 2013 [cited 2016 05 15. Available from: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf.
61. Organización Mundial de la Salud (OMS). Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2016 [cited 2016 06 01. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/CL->

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

[9-2016-es.pdf](#).

62. Díaz P. Theoretical conceptions on the theory on health education: systematic review. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(3): p. 378-89.
63. Naípe M, Estopiñán M, Martínez J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. *Rev.Med.Electrón*. 2016; 38(2): p. 261-9.
64. Gerez M, Velázquez I. La salud de las ciudades y sus ciudadanos (urbanismo y salud pública municipal). Informe SESPAS 2008. *Gac. Sanit*. 2008; 22(Supp 1): p. 71-8.
65. Eslava J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Salud pública*. 2006; 8(Sup.2): p. 106-15.
66. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez M, Ramos M. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España. *Anales Sis San Navarra*. 2014; 37(1): p. 25-33.
67. Carvajal C. Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. *Rev Cub Salud Publica*. 2007; 33(2).
68. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. peruana*. 2011; 28(4): p. 237-41.
69. Duque M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en programas de formación de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2000; 1(1): p. 17-29.
70. García J. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Rev. cub. salud pública*. 2010; 36(4): p. 371-80.
71. Gillman M. Primordial Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2015; 131(7): p. 599-601.
72. De Vito E. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)*. 2013; 73(2): p. 187-90.
73. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015; 4(2): p. 61-4.
74. Roberts M, Company J, Brown J, Toedebusch R, Padilla J, Jenkins N, et al. Potential clinical translation of juvenile rodent inactivity models to study the onset of childhood obesity. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2012; 303(3): p. R247-58.
75. Achiong Alemañy M, Achiong Estupiñán F, Achiong Alemañy F, Afonso de León JA, Álvarez Escobar MdC, Suárez Merino M. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Rev. medica electron*. 2016; 38(2): p. 211-26.
76. Kramer M, Breydo E, Shubina M, Babcock K, Einbinder J, Turchin A. Prevalence and factors affecting home blood pressure documentation in routine clinical care: a retrospective study. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: p. 139.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

77. Gucciardi E, DeMelo M, Offenheim A, Stewart D. Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: A mixed method approach. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: p. 33.
78. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract.* 2012; 13: p. 49.
79. Herrera S, Panader A, Cárdenas L, Agudelo N. Promoción de una alimentación saludable: experiencia en Tunja, Colombia. *Av. Enferm.* 2012; 30(1): p. 55-63.
80. Bolduc N, Grand P. Towards Unity for Health: Lessons for Health Development in Canada. *Education for Health.* 2007; 20(1).
81. World Health Organization (WHO). Towards Unity for Health: Challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper. Geneva: World Health Organization (WHO); 2000.
82. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.
83. Hernández E. Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la Comunidad: Enfoque Territorial. *fml.* 2016; 20(14): p. 5p.
84. Chan M. Return to Alma-Ata. *The Lancet.* 2008; 372(9642): p. 865-6.
85. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 21(2/3): p. 73/84.
86. Daban F, Pasarín M, Rodríguez M, García A, Villalbí J, Cano G, et al. Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Atención Primaria.* 2007; 39(7): p. 339-46.
87. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, De Maeseneer J, Htortdahl P, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2004; 78(1): p. 17-26.
88. Somocurcio J. La atención primaria de la salud. *Rev. Perú. med. exp. salud publica.* 2013; 30(2): p. 171-2.
89. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). [Online].; 2007 [cited 2016 04 15]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf.
90. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2015 [cited 2016 06 01]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

91. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. *Rev Cub de Salud Pública*. 2009; 35(4): p. 29-30.
92. Yavich N, Báscolo E. Current primary health care practices and research challenges in Latin America. *Family Practice*. 2016;: p. 1-2.
93. Báscolo E, Yavich N, Denis J. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Family Practice*. 2016;: p. 1-12.
94. Acosta N, Giovanella L, Vega R, Tejerina H, Fidelis P, Ríos G, et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Family Practice*. 2016;: p. 1-7.
95. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8(16): p. 14-29.
96. Davidson P, MacIntosh J, McCormack D, Morrison E. Primary health care: a framework for policy development. *Holist Nurs Pract*. 2002; 16(4): p. 65-74.
97. Lillyman S, Farquharson N. Self-care management education models in primary care. *Br J Community Nurs*. 2013; 18(11): p. 556-60.
98. Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*. 2013; 45(7): p. 384-92.
99. Castrillón M. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Invest. educ. enferm*. 2008; 26(2): p. 114-21.
100. Emmerick I, Chaves L, Marin N, Luiza V. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. *Hum Resour Health*. 2014; 12: p. 34.
101. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Online].; 2008 [cited 2014 12 01. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.
102. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Aspectos generales del curso virtual de desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS). [Online].; 2008 [cited 2016 04 15. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/SS_Aspectos_Grales_Curso_V_Desarrollo_Capacidades_Renovacion_APS.pdf.
103. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington;: 2014. Report No.: CD53/5, Rev. 2.
104. De Bartoli S. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y la contribución de las Redes Internacionales de Enfermería. *Rev. Larino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6): p. 891-2.
105. Gispert E, Castell-Florit P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2016; 42(2): p. 337-41.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- 106 Hernández E, Tuesca R, Guerrero J, Gutiérrez H, Guemes A. Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013-15). *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): p. 501-13.
- 107 Ruiz M, Acosta N, Rodríguez L, Uribe L, León M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2011; 13(6): p. 885-96.
- 108 Suárez R, Zamora G, Conte G, Olarte M. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS – RISS. Colombia: Convenio 485 del Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Online].; 2012 [cited 2014 12 12. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistematizaci%C3%B3n%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>.
- 109 Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*. 2008; 3(3): p. 247-59.
- 110 Cardona S, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(4): p. 292-7.
- 111 Etienne C. Equity in health systems. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2): p. 79-80.
- 112 Franco A, Palma M, Álvarez C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(5): p. 291-9.
- 113 Tapia J. Crecimiento económico e inequidades en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013; 30(4): p. 657-64.
- 114 Ruíz F, Zapata T, Garavito L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2): p. 107-15.
- 115 Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: p. 254-8.
- 116 Martínez S. Equidad y situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(3).
- 117 Ferrer M. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. *Acta Bioehica*. 2003; 9(1): p. 113-26.
- 118 Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): p. 302-9.
- 119 Becerra F. Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(1): p. 1-4.
- 120 United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). *Horizons 2030: Equality at the centre of sustainable development*. Prepared for the thirty-sixth session of ECLAC. [Online].; 2016 [cited 2016 06 15. Available from: <http://caribbean.cepal.org/content/horizons-2030-equality-centre-sustainable-development>.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- 121 Becerra F, J Mújica O. Equidad en salud para el desarrollo sostenible. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2016; 15(1): p. 16-26.
- 122 Ávila M. Hacia la nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*. 2009; 51(2): p. 71-3.
- 123 Vargas F. La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2005; 79(2): p. 117-27.
- 124 Public Health Agency of Canada (PHAC). What Determines Health? [Online].; 2011 [cited 2014 12 15]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>.
- 125 Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. [Online].; 1946 [cited 2015 12 01]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- 126 Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes de la Salud en Chile*. Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2005.
- 127 Carmona Z, Parra D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*. 2005; 31(3): p. 608-20.
- 128 Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. [Online].; 2008 [cited 2016 06 30]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- 129 Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales. [Online].; 2008 [cited 2014 12 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.
- 130 Birn A. ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Med Soc*. 2009; 34(6): p. 382-4.
- 131 Caballero E, Moreno M, Sosa M, Mitchell E, Vega M, Columbié L. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista Infodir*. 2012; 8(15).
- 132 Marmot M, Pellegrini A, Vega J, Solar O, Fortune K. Acción con respecto a los determinantes social de la salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6): p. 382-4.
- 133 Pan American Health Organization (PAHO). Plan of the Pan American Health Organization 2014-19. Washington, DC: PAHO; 2013.
- 134 Salgado F. Salud: decisiones urgentes. *Rev Colomb Cardiol*. 2015; 22(6): p. 326-7.
- 135 Benach MC, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. *Rev Cuba Salud Publica*. 2013; 38(5): p. 794-802.
- 136 Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. *Informe SESPAS 2012*. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(Suppl 1): p. 6-13.

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- 137 Farrer L, Marinetti C, Cavaco Y, Costonqs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q.* 2015; 93(2): p. 392-437.
- 138 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud.* Washington:; 2009. Report No.: CD49.R22 (Esp.).
- 139 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud.* Washington:; 2009. Report No.: CD49/16 (Esp.).
- 140 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.* Washington, DC:; 2010. Report No.: 4.
- 141 Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Chile. *Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales.* 1st ed. Santiago: OPS/OMS de Chile; 2011.
- 142 González G, Mora A, Solano J. Opciones reales aplicadas en redes integradas de servicios de salud empleando diferentes métodos de estimación de volatilidad. *Estudios Gerenciales.* 2015; 31(2015): p. 287-98.
- 143 Barragán A, Mogollón A, López S, Valencia S, Morales N, Pinilla M, et al. Factores que dificultan la coordinación entre niveles asistenciales: Un estudio de caso en Colombia. *Salud UIS.* 2011; 43(1): p. 77-9.
- 144 Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care: a public health model in primary care. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 21(2/3): p. 177-85.
- 145 Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. *Public Health Rev.* 2002; 30: p. 293-301.
- 146 Kark S, Kark E. *Promoting Community Health: From Pholela to Jerusalem.* Johannesburg, South Africa. Witwatersrand University Press. 1999.
- 147 Kark S, Kark E, Abramson J, Gofin J. *Atención primaria orientada a la comunidad.* Barcelona: Ediciones Doyma; 1994.
- 148 Longlett E, J K, Wesley R. Community-Oriented Primary Care: Historical Perspective. *J Am Board Fam Pract.* 2001; 14: p. 54-63.
- 149 Foz G, Gofin J, Montaner G. Atención primaria orientada a la comunidad. In Martin Zurro A, Cano P. *Atención primaria, conceptos organización y práctica clínica.* quinta ed. España: Elsevier; 2003. p. 345-364.
- 150 Pasarín M, Forcada C, Montaner I, De Peray J, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010. Gac Sanit.* 2010; 24(Supl 1): p. 23-7.
- 151 Pimentel J, Correal C. Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Salud Uninorte.* 2015; 31(2): p. 415-23.
- 152 Goodman R, Bunnell R, Posner S. What is “community health”? Examining the meaning of an

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- . evolving field in public health. *Preventive Medicine*. 2014; 67(2014): p. S58-61.
- 153 Namie K, Martins S. Cooperative interventions and the interaction of Community Health Agents within the Family Health team. *Rev. esc. enferm USP*. 2012; 26(3): p. 662-9.
- 154 Ferrari LCI, Falleiros D. The community health agent (acs) and the community: perceptions regarding the acs work. *Cien. cuid. Saude*. 2010; 9(2): p. 228-37.
- 155 Baum F, D L, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley G. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health*. 2013; 13: p. 460.
- 156 Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Fam Pract*. 2012; 13: p. 67.
- 157 Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23(3).
- 158 Gofin J, Montaner I, Foz Gil G. Metodología de la atención primaria a orientada a la comunidad (APOC). Elementos para su práctica. *Revista clínica electrónica de atención primaria*. 2003.
- 159 Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J Public Health*. 2002; 92(11): p. 1728-32.
- 160 Gavilán J, Jiménez L, Olivero F. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina. *Atención Primaria*. 2006; 37(9): p. 514-6.
- 161 Rodríguez L. Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. *Psicología y Salud*. 2004; 14(2): p. 287-94.
- 162 Montero M. Hacer para transformar: El método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006.
- 163 Íñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*. 1999; 23(8).
- 164 Hills M, Mullet J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2/3): p. 125-35.
- 165 Restrepo O, Vega R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8(16): p. 153-64.
- 166 Frohlich K, Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008; 98(2): p. 216-21.
- 167 Bhuyan K. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*. 2014;: p. 4-11.
- 168 Hernández M, Bueno W, Cantillo A, Caro N, Castro V, Escaf M, et al. Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- . participación en la formulación del plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia); 2015. *Salud Uninorte*. 2015; 31(2): p. 403-14.
- 169 Sosa I, Rodríguez A, Álvarez A, Bonet M. Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*. 2013; 17(4): p. 651.
- 170 Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999; 77(5): p. 436-38.
- 171 Abramson J, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P. The CHAD program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: a 24-year retrospect. *Isr J Med Sci*. 1994;(30): p. 108-19.
- 172 Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *Am J Public Health*. 2002; 92(11): p. 1717-21.
- 173 Plescia M, Groblewski M. A Community-Oriented Primary Care Demonstration Project: Refining Interventions for Cardiovascular Disease and Diabetes. *Ann Fam Med*. 2004; 2: p. 103-9.
- 174 Hernández E, Severiche D, Romero D, López M, Espitia V, Rodríguez M. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de atención primaria en salud. *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): p. 514-24.
- 175 Gavagan T. A Systematic Review of COPC: Evidence for Effectiveness. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*. 2008; 19(2008): p. 963-80.
- 176 Longlett S, Phillips D, Wesley R. Prevalence of Community-oriented Primary Care Knowledge, Training, and Practice. *Fam Med*. 2002; 34(3): p. 183-9.
- 177 Longlett S, Kruse J, Wesley R. Community-Oriented Primary Care: Critical Assessment and Implications for Resident Education. *J Am Board Fam Med*. 2001; 14(2).
- 178 Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating Family Medicine Residency COPC Programs: Meeting the Challenge. *Fam Med*. 2006; 38(6): p. 399-407.
- 179 Goffin J, Foz G. Training and Application of Community-oriented Primary Care (COPC) Through Family Medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*. 2008; 40(3): p. 196-202.
- 180 Chen C, Lichtenstein C, Northrip K, Horn I. Community-oriented Primary Care: An Often Overlooked Option for Community Pediatrics Practice and Training. *Pediatric Annals*. 2010; 39(2): p. 100-5.
- 181 Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell GSM. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Can Fam Physician*. 2010; 56: p. 676-83.
- 182 Sloand E, Groves S. A Community-Oriented Primary Care Nursing Model in an International Setting that Emphasizes Partnerships. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005; 17(2): p. 47-50.
- 183 Suárez C, Godue C, García J, Magaña L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- . esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(1): p. 47-53.
- 184 Davó M, Vives C, Barrio J, Porta M, Benavides F, Gil A. Competencias y contenidos comunes de salud pública del Grado en Medicina en las universidades españolas. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30(2): p. 97-103.
- 185 Congreso de Colombia. Ley 1164. [Online].; 2007 [cited 01 12 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf.
- 186 Ospina J, Manrique F, Martínez A. La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2012; 40(2): p. 124-6.
- 187 Pérez R, Fajardo A, Navarrete G, Avendaño C. Interdisciplinary Pedagogical Experience for Health Human Resources Focused on the Holistic Promotion of Health and the Prevention of the Disease. *Rev. Cienc. Salud*. 2006; 4(2): p. 82-92.
- 188 Nebot A, Rosales C, Borrell R. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(2): p. 176-83.
- 189 Medeiros C, Alves M, Medeiros A, Reis M, Silva L, Tertulino M. Educational opportunities for reflective practice. *Rev. Gaúch. Odontol*. 2015; 63(4): p. 418-25.
- 190 Souza K, Goldschmidt I, Bornstein V, Acioli S. Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface comun*. 2015; 18(supl. 2): p. 1513-22.
- 191 Miccas F, Batista S. Permanent education in health: a review. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(1): p. 170-85.
- 192 Rodríguez N, Leal E, Menéndez M, Bermúdez E, Pérez B, Fernández J. La internacionalización de la cultura: contribución a la formación integral de profesionales de la salud. *Edumecentro*. 2015; 7(1): p. 76-88.
- 193 Betancourt J, Green A, Carrillo E. Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. [Online].; 2002 [cited 2016 03 15. Available from: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf.
- 194 Duque M. Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2007; 9(2): p. 123-38.
- 195 Jácome M, Bayona E. Diálogo de saberes: Medicina tradicional y medicina occidental moderna. *Revista de Investigaciones UNAD*. 2010; 9(2): p. 125-32.
- 196 Espinosa L, Ysunza A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *CIENCIA ergo sum*. 2009; 16(3): p. 293-301.
- 197 Restrepo D. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. *Revista CES Salud Pública*. 2012; 3(1): p. 1-3.
- 198 Antaiza N, Rodríguez S, Guerrero N, Portela H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las

Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población

- . comunidades afrocaucanas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2012; 37: p. 180-211.
- 199 Salas M. Diálogo de Saberes. In *Los Sabores y las Voces de la Tierra: Visualizando la Soberanía Alimentaria en los Andes*. London: International Institute for Environment and Development (IIED); 2012. p. 135-86.
- 200 Merçon J, Camou A, Nuñez C, Escalona M. ¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa más allá de lo que sabemos. *Decisio*. 2014;: p. 29-33.
- 201 Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. [Online].; 2011 [cited 2016 12 01]. Available from: <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-SPANISH-pdf-style.pdf>.
- 202 Centeno A, del Rio A. El tiempo de la responsabilidad social de las Escuelas de Medicina. *Revista de Docencia Universitaria*. 2012; 10(Número especial): p. 269-75.
- 203 Insuasty A, Borja E. El papel de la comunidad universitaria en el pos-acuerdo o pos-conflicto en Colombia. *Agora U.S.B.* 2016; 16(2): p. 373-6.
- 204 Urrego Z, Escobar F. Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la noviolencia o la violencia? *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2015; 63(3): p. 351-3.
- 205 Hernández-Rincón EH, Pimentel-González JP, Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*. 2016; 33(3): p. 268-73.
- 206 Hernández E, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud Uninorte*. 2015; 31(2): p. 284-94.
- 207 Lamus F, Correal C, Hernández E. Construcción de entornos saludables en el marco de la atención primaria en salud: El caso de la enseñanza de salud comunitaria en el programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud Uninorte*. 2015; 31(2): p. 424-34.
- 208 Rodríguez M, Hernández E. Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento. *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): p. 651-7.



Qualitative Research

Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programmes in Colombia: a qualitative approach

Erwin H Hernández-Rincón^{a,*}, Juan P Pimentel-González^a,
Domingo Orozco-Beltrán^b and Concepción Carratalá-Munuera^b

^aCenter for Studies in Community Health, School of Medicine, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia and
^bDepartment of Clinical Medicine, Division of Medicine, Universidad Miguel Hernández, Alicante, Spain.

*Correspondence to Erwin H. Hernández, School of Medicine, Universidad de La Sabana, University Campus Puente del Común, Chía 140013, Colombia; E-mail: erwinhr@unisabana.edu.co

Abstract

Purpose. The Pan American Health Organization (PAHO) and the Colombian Ministry of Health and Social Protection have determined a need for an approach to include Equity Focus (EF) and Social Determinants of Health (SDH) in health training programmes in Colombia. We studied the incorporation of EF and SDH in the curricula of several universities in Colombia to identify opportunities to strengthen their inclusion.

Methods. Qualitative methodology was performed in two stages: (i) initial exploration (self-administered questionnaires and review of curricula) and (ii) validation of the information (semi-structured interviews).

Results. The inclusion of the EF and SDH in university curricula is regarded as an opportunity to address social problems. This approach addresses a broad cross-section of the curriculum, especially in the subjects of public health and Primary Health Care (PHC), where community outreach generates greater internalization by students. The dominance of the biomedical model of study plans and practice scenarios focusing on disease and little emphasis on community outreach are factors that limit the inclusion of the approach.

Conclusions. The inclusion of EF and SDH in university curricula in Colombia has primarily focused on increasing the knowledge of various subjects oriented towards understanding the social dynamics or comprehensiveness of health and disease and, in some programmes, through practical courses in community health and PHC. Increased integration of EF and SDH in subjects or modules with clinical orientation is recommended.

Key words: Education, equity in health, primary health care, qualitative research, health manpower, social determinants of health.

Introduction

Health is a complex phenomenon. It depends on political, geographic, social and economic factors, which are reflected in a population's health indicators (1,2). For example, the life expectancy of

a child is different depending on the place of birth; in a developed country, it could exceed 80 years while in a sub-Saharan African country it could be less than 50 years (3).

In the case of Latin America, data show the region to be the most unequal in the world. Twenty-nine percent of its population lives

under the poverty line and 40% of the poorest populations earn less than 15% of the region's total income (4,5). Life expectancy is 62 in Haiti and 79 in Chile; the child mortality rate in Haiti is 64 deaths per 1000 compared to 5 per 1000 in Cuba the same year (2008–2010) (6).

In all countries, irrespective of their income level, health follows a social gradient: the lower the country's socio-economic status the worse its overall health status (7,8). The idea of taking action against inequities via an inter-sectorial and transdisciplinary Primary Health Care (PHC) approach was first raised in the Declaration of Alma-Ata (1978) and, after that, in the Ottawa Charter (1986) (9,10). Since then, increased effort has been made to research the causes of inequities and the determinants of health (11).

In 2005, the World Health Organization (WHO) created the Commission on Social Determinants of Health (SDH), with the purpose of detecting and defining the underlying causes of inequities in health care and to attempt to correct them (12,13). In 2008, the Commission published a report on SDH, Closing the gap in a generation: Health equity through action on the SDH (2), which outlines the most important SDH and guidelines for each one (Table 1). More recently, the Pan American Health Organization (PAHO), in its 2014–2019 Strategic Plan (5), stressed the importance of promoting the issue of SDH and of implementing a PHC-based approach to transform healthcare systems. Importantly however, the WHO acknowledges that most SDH exceed the classical limits of intervention by health sciences. This implies that health should be approached as a concept that is as wide as 'life itself' (14,15).

Reinforcing the SDH initiative by revitalizing PHC with interdisciplinary approaches is important for the region. This would achieve both better health care and promote development of the community as a whole (16–18).

In this context, we sought to revisit the issue with different institutions and organizations, among which universities were perceived to be important. Because training with respect to health inequity in Latin America has been very limited, reprioritized training must emphasize two goals: making people and their environments a focus and maintaining a balance between clinical medicine and public health (19).

In Colombia, the need to train human resources in health in order to overcome inequality in the region is emerging as a key priority for both the academic and public sectors. In this context, universities are called upon to generate knowledge about it through research and the encouragement of critical thought processes in students, with the

goal of stimulating them to become agents of change. However, the reality is very different: Often, students receive 'a non-critical medical training that lacks reflection about what is being learned' (20).

The aim of this study was to explore the inclusion of equity focus (EF) and SDH in selected universities in Colombia and identify opportunities to strengthen their focus.

Methods

A descriptive study of a participatory action research (PAR) initiative. In May to August 2014, a PAR study was carried out in two stages: (1) initial exploration and (2) validation of the information. PAR was chosen as a methodology because it can incorporate both qualitative and quantitative methods (21). Integration and analysis was done through triangulation of information collected across the two stages (22).

The incorporation of information from professors and curricula from different universities in Colombia was planned. Criteria for selecting universities was decided in consultation with PAHO as follows: good academic standing (good perception of these universities by PAHO based on international and national rankings and the performance of the programs of health sciences in the Colombian superior education accreditation system), informed consent compliance and willingness to supply restricted and private documents. In 2010, Colombia had 58 schools of medicine, 69% of which were private (23). Nine universities, six private and three public, were selected from the five main regions of the country (north, west, east, central and south west).

Initial exploration

Curricula were reviewed and a self-administered questionnaire of an interview was emailed to university professors who were selected for participation.

Content analysis of curricula was performed by reviewing 9 curricula (6 of medicine and 3 of nursing), and 18 syllabus corresponding to 12 courses related to the EF and SDH approach. Curricula of the selected universities were reviewed by estimating the inclusion of EF and SDH and other relevant aspects such as pedagogical approaches, number of teaching hours, methodologies, content, skills and evaluation. We used frequency distributions and measures of central tendency to document curricula characteristics.

The self-administered questionnaires were completed by 13 professors who were experts in the fields of the selected universities offering health (also known as 'medical') programmes (selection of respondents was based on individuals recommended by each university). All participants were responsible for teaching the subject of EF and SDH, and two were also the directors of their institutions' public health departments. Of these professors, there were seven physicians, five nurses and one dentist. Seven had masters and six had doctoral degrees.

Self-administered questionnaires were designed based on the literature and orienting questions designed to explore the inclusion of EF and SDH within universities (Table 2) (24).

Validation of the information

After the exploration phase, the information collected (self-administered questionnaires and relevant curriculum data) was organized and triangulated, generating new information which was discussed in interviews.

Through semi-structured interviews with seven key interviewees (five experts from universities and two PAHO experts. All experts from universities were included in the exploration stage) all

Table 1. Recommendations of the World Health Organization (WHO) for actions on the Social Determinants of Health (SDH) (2)

Areas of action on the SDH

1. Daily living conditions:
 - a. Equity from the start
 - b. Healthy Places Healthy People
 - c. Fair employment and decent work
 - d. Social protection across the life course
 - e. Universal health care
2. Power, money, and resources
 - a. Health equity in all policies, systems and programmes
 - b. Fair financing
 - c. Market responsibility
 - d. Gender equality
 - e. Political empowerment: inclusion and voice
 - f. Good global governance
3. Knowledge, monitoring and skills: the backbone of action

information was discussed and validated according to the orienting questions (Table 2), to provide the basis for formulating lessons learned, recommendations and conclusions. The interviews were voice recorded and the interviewers also took notes.

The information collected was analysed, noting agreement and disagreement among the interviewees and results were organized by categories of analysis. These categories were guided by the orienting questions: Importance for universities, curriculum, process of inclusion in the curriculum, student internalization of EF and SDH concepts, supporting factors, limiting factors and strengthening inclusion.

Results

Information was obtained from one public university (Universidad Nacional de Colombia) and five private ones (Universidad del

Table 2. Orienting questions to explore the equity focus (EF) and social determinants of health (SDH) in university health curricula

Orienting questions
<ul style="list-style-type: none"> • How are the EF and SDH included in the curriculum of the university? • To what extent do the programme's students appreciate the EF and SDH? • What is the approach of the university to the EF and the SDH? • How do the medical students incorporate the principles of EF and SDH in their medical practice? • How do you think training in EF and SDH helps to answer the health needs of Colombia? • What factors favour/limit the inclusion of EF and SDH? • What are limiting factors regarding education about EF and SDH? • Which competencies should be strengthened in order to better include the EF and SDH in medical education? • What should be done to strengthen the inclusion of this approach in the medical curriculum of the university? • How long have the topics of EF and SDH been included in the university's curriculum?

Based on Klein *et al.* (24)

Table 3. Characteristics of curricula in relation to the Equity Focus (EF) and the Social Determinants of Health (SDH)

Characteristics of curricula	Findings (courses and curricula)
General description	In all curricula, it is considered that the EF is included in the SDH. It is difficult to make the distinction between both concepts
Academic credits	The number of average credits for EF and SDH per university is 9.2 credits. Universities that have incorporated the subject of community health have a higher number of credits
Theoretical hours	The average number of theoretical hours for SDH per university was 26.4
Hours of practice	The number of hours of practice and advisory hours could not be determined, but it is stressed that the implementation of the EF and SDH is done through subjects related to community health
Methodology	The application of the content focuses on community health practices, rather than using clinical areas as practice scenarios
Application of contents	In most courses, the methodology used in the theoretical sessions is focused on lectures and case studies
Competencies	All study programmes focus on competencies in knowledge. The development of skills (know-how) was found in some of the community health practices
Content addressed	The content addressed in the subjects reported are: conceptual elements of the EF and SDH, human rights, diagnosis of health conditions, concepts of health and illness, social structure, culture and health and human development
Related contents	The EF and SDH are related to other contents since, in most of the subjects, the issue is not exclusive: Community Health, Primary Health Care, Essential Functions of Public Health, Health Education, Health Promotion, Disease Prevention, Health Planning, Health Policy, Social Security, Environmental Health and Professional Skills in Health
Evaluation	The criteria and evaluation procedures focus on the content taught and rely mainly on applied work or theoretical evaluations. Practical subjects (Community Health) focus on other criteria to do with interaction and contact with, and the determination of, community needs

Norte, Universidad Libre, Universidad de La Sabana, Fundación Universitaria Juan N Corpas and Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario). These six universities sent the informed consent filled out. Faculty at each provided information about their curricula, filled out the self-administered questionnaire and participated in the interview process. The teaching plans collected corresponded to 12 courses. Some were integrated by academic programme and others were separated by course (Table 3).

The universities differed regarding the courses in which the topics of EF and SDH were included, both in terms of the names of the courses and the academic period when they were taken (Table 4). In all cases, the department in charge of the course had a focus on public health and primary health care.

Importance for universities

The professors of all universities emphasized that the themes their universities included were consistent with the substantive principles of their Institutional Education Projects and oriented to social issues. They recognized that, for universities, dealing with these topics is an opportunity for growth and research regarding social problems. Moreover, this approach was recognized as an opportunity to generate change through critical awareness. Finally, it was considered as a good way to implement the PHC model, which would advance the analysis of health care in a holistic manner and lead to new approaches to address the main problems in community health. Universities considered that the inclusion of EF and SDH in the curriculum favoured the comprehensive education of its students who may become:

“... Leaders of their surroundings, respectful of the cultural, regional and ethnic diversity of the country” (Interviewee 1).

Curriculum

Most universities did not address EF and SDH through specific courses, but instead addressed them across the curriculum. However, in addition to approaching them across the curriculum, Universidad de La Sabana had specific courses dealing with the topic, an approach believed to generate greater internalization of the ideas. The EF and

Table 4. Academic periods in which courses about the Equity Focus (EF) and Social Determinants of Health (SDH) are taken

Academic period in which it is taken	Frequency (name of course)
Initial (1st–4th semester)	66.7%: $n = 8$ (Anthropology, Medical Anthropology, Family, Society and Health, Health Education, Environment, Health and Development, Introduction to Medical Competencies, Integrative Learning Activities through Systems, Primary Health Care)
Intermediate (5th–8th semester)	8.3%: $n = 1$ (Community Health)
End (9th to 12–14th semester)	25%: $n = 3$ (Social Determinants of Health, Community Health, Public Health)

SDF approach occurred mainly in public health and PHC, and also in the humanities, which are considered a meeting point between different types of knowledge.

“It favours a dialogue of various disciplines: anthropology, sociology, public health and communication, seeking to understand and comprehend both the health process and disease... and to generate, from the discourse, critical thinking about social problems” (Interviewee 2)

For most universities, an introduction to EF and SDH was delivered across courses in the first semesters, generally in the public health area. The introduction of these topics started with conceptual elements and then advanced towards ownership and practical application. In this sense, community health and PHC were considered to be disciplines that allowed a holistic application.

Process of inclusion in the curriculum

The topic was perceived to become relevant in courses such as community health and PHC, which allows a real approach to the community. It was not limited to a theoretical approach. PHC permits a better understanding of the problems of the population and identifies the effect of context on the health of the people. The practice of community health and PHC encourages students to pass from knowledge to know-how. This facilitates the ownership of knowledge, enables community outreach and an awareness of the social aspects that influence health and disease.

Inclusion in the curriculum depended on each university's substantive principles. Some universities favoured the inclusion of these issues based on curriculum reform processes. These processes differed depending on which university taught the course. The process was generally slow.

“Inclusion requires a process of persuasion and advocacy among professors” (Interviewee 3).

Student internalization of EF and SDH concepts

Some students took very little ownership of these concepts, while others showed significant internalization (there is generation of students who will become the agents of change).

“It is variable, since we have students who are refractory to the issue as well as those who find their vocation in working for the health of the population as a collective construction... We have students responding to the issue in a conceptual manner and also some who develop skills to become agents of change in the community” (Interviewee 4).

There were students who approached the EF and SDH through criticism, questioning and in-depth debates about the state of health of the population. This appreciation of the issues was acquired gradually: it was limited in the first semesters but became more profound as students advanced through their training.

There was a suggestion that internalization should be greatest in clinical practice since, from the theory, the student understands the

fundamental elements of their focus. However, in contrast to community health practice or PHC which both involve a community approach, clinical practice does not always involve these elements.

Supporting factors

Universities recognized several factors that favoured the EF and SDH approach. These were: research on the problems and needs of the population; committed and qualified professors; social orientation of universities and academic programmes; community practices where the student may have a more realistic approach to the population; pedagogical models to promote the learning of this kind of approach through awareness and criticism; documentation and sharing of demonstrative experiences in the classroom and the community; integration of the EF and SDH with PHC.

Limiting factors

The inclusion of the EF and SDH may be limited by: Predominance of a biomedical model in the training of health professionals; Clinical practice sites focusing on disease; Few scenarios of community practice; Lack of an inter-sectorial approach in the health sector; Health systems that do not favour the understanding of EF and SDH as they focus on the hospital and not on the community; The economic focus of the health system; Professors with clinical predominance in their training and in their pedagogical approach.

“The entrenchment of exclusive positivist perspectives of the medical-clinical paradigm in professors and in hospital environments” (Interviewee 5).

Strengthening inclusion

Table 5 lists elements that could strengthen the inclusion of the EF and SDH in university curricula.

Discussion

The literature recognizes the importance of strengthening professional competencies in health by developing ‘Core Competencies in Public Health’, which should integrate the EF, SDH and PHC as substantive axes of the essential functions of public health (25). In selected Colombian universities, the fundamental concepts of EF and SDH are addressed in courses taken at the beginning of the academic programme, in order to promote a comprehensive approach at an early stage. Therefore, it is relevant that academic programmes in health sciences intentionally introduce the EF and SDH, since they are a part of the professional competencies that are necessary to meet the needs of the population, and that they strengthen their focus based on PHC (26).

The implementation of the EF and SDH approaches can be achieved from PHC. It is recommended that academic programmes include a practical approach to community health and PHC, without limiting their teaching to the theoretical bases of EF and SDH (27).

Table 5. Recommendations and elements to be strengthened in order to include the Equity Focus (EF) and Social Determinants of Health (SDH) in educational programmes

Elements to strengthen the inclusion
1. Multidisciplinary research
2. Social orientation of health
3. Consideration of official conceptual references about the EF and the SDH
4. Introduction to different theorists (e.g. Marx, Amartya Sen, Martha Nussbaum) and related schools of thought
5. Different pedagogical scenarios to approach the EF and SDH: Classroom, virtual, community practice, clinical practice, among others
6. Development of capacities: Teamwork and solidarity, dialogue of knowledge, informed and consensual decision-making, community practices in culturally diverse communities and their vulnerability
7. Strengthening of skills that will generate critical analysis of the state of health of individuals and communities, resulting in the formulation and solution of problems and needs
8. Training and increasing the awareness of teachers and researchers in the field of EF and SDH
9. Better links between academia, communities and hospitals
10. Plans for comprehensive studies, both small and large scale, integrated with individuals and communities
11. Integration of the EF and SDH with primary health care (PHC)
12. Development of themes around intercultural dialogue (intercultural debates, culturally diverse practices)

Social subjects allow greater permeability and understanding of the EF and SDH. It is recommended that universities recognize the value of social subjects as part of the core competencies of a health care professional and not undervalue or minimize them in comparison to clinically oriented subjects.

One of the limiting factors most often described by universities is the preponderance of biomedical and clinical models in the formation of health sciences. As specified in the Alma-Ata report (9), PHC is 'an integral part of the national health system, of which it is the central function and main focus'. Therefore, universities should be encouraged to continue including aspects related to PHC in order to get closer to the ideals of the report.

In general, it has been found that the EF and SDH are often confused with classic determinants of health. Very few universities present them as a model that attempts to 'influence the unfair distribution of power and wealth' (2). Given that the true spirit of the approach is to influence the mechanisms that perpetuate social stratification and poverty, universities should be encouraged to further emphasize these aspects in their curricula and promote, among their students, critical thinking and attitudes that facilitate the emergence of advocates who are true generators of change, taking PHC as its starting point.

It is striking how little importance the WHO report (2) on EF and SDH gives to culture and various epistemological models (13). As mentioned before, this topic is critical in a multi-ethnic and multi-cultural country like Colombia. Therefore, universities should be encouraged to initiate processes of reflection about developmental models that depend on culture and the ways that poverty and wealth are measured. The Commission has already taken a step forward by suggesting that research on inequality should be one of its cornerstones.

While it is important that studies, such as this one, explore the issues of EF and SDH in the universities of Colombia, one limitation of this research relates to the refusal of some universities to

participate in the process of collecting and validating information. Nonetheless, this type of research permits the examination of real situations. In addition, internal and external validation is achieved through the selection of suitable participants who are experts in their field, and are teachers at both private and public universities (28). To differentiate between public and private universities and career, it is recommended to increase the number of universities and also to include academic programs of other health professions.

There is still some lack of social commitment in universities regarding the training of health professionals, the persistence of the biomedical model, weaknesses in PHC skills, the concentration of learning in hospitals and insufficient training in teamwork and humanism (29,30). Many curricula seem static, fragmented and obsolete with regards to the realities of patients and communities, and lack a broad contextual understanding (29,31).

It is recommended that the EF and SDH approaches be improved by strengthening competencies that will generate a critical analysis of the health status of individuals and communities, which will result in the formulation and solution of problems and needs. Greater emphasis on the development of professional skills that improve the performance of health professionals, such as teamwork, leadership, dialogue on the different forms of knowledge, informed and consensual decision-making, community participation and communication (among others) is also needed (25,31).

Conclusion

The inclusion of the EF and SDH in university curricula in Columbia has primarily focused on competencies in various subjects oriented towards understanding the social dynamics or the continuum of health and disease. It has also been centred on practical courses such as community health practices. The integration of EF and SDH is recommended for clinically oriented courses where content is addressed both theoretically and practically.

Acknowledgements

We would like to thank the participating universities for the information provided, for their processing of the self-administered questionnaires and the participation of their faculty in interviews. We are also grateful to the PhD programme for Clinical Research at the Universidad Miguel Hernandez (Spain), and to the supervisors of the principle author's thesis, for mentoring the acquisition of skills in qualitative research in primary care.

Declaration

Funding: Ministry of Health and Social Protection (Colombia) and developed within the framework of the Agreement of Technical Cooperation (N° 310 of 2013), subscribed between the Ministry of Health and Social Protection and the Pan American Health Organization (PAHO/WHO).

Ethical approval: this study received approvals by Ministry of Health and Social Protection (Colombia) and the Pan American Health Organization – PAHO/WHO and they have authorized (ethics and legal review) the dissemination and publication of the results by means of File N° 201421001294671, 9 September 2014.

Conflict of interest: none.

References

1. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization. International Health Conference*. New York, NY: World Health Organization (WHO), 1946.
2. World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation - How?* Geneva: World Health Organization (WHO), 2008.

3. World Health Organization. *Social Determinants of Health: Key Concepts*. Geneva: World Health Organization (WHO), 2008.
4. García J, Vélez C. Latin-American public policy regarding social determinants of health. *Rev salud pública (Bogotá)* 2013; 15: 731–42.
5. Pan American Health Organization. *Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014–2019*. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO), 2013.
6. Cardona D, Débora L, Bertone L. Inequities in health among Latin American and Caribbean countries (2005–2010). *Gac Sanit* 2013; 27: 292–7.
7. Tapia J. Economic growth and health inequities. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2013; 30: 657–64.
8. Marmot M, Pellegrini A, Vega J, Solar O, Fortune K. Action on social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34: 382–4.
9. World Health Organization. *Declaration of Alma Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata: World Health Organization (WHO), 1978.
10. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion. Adopted at the First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, ON: World Health Organization (WHO), 1986.
11. Birn AE. Politizándolo o puliendolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (Politicizing or polishing? Correcting the inequalities in one generation: reaching health equity through action on the social determinants of health). *Med Soc* 2009; 3: 189–201.
12. Etienne C. Social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34: 377–78.
13. Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Vergara M. Impact of the Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health four years after publication. *Rev Cuba Salud Pública* 2012; 38: 794–802.
14. World Health Organization. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro: World Health Organization (WHO), 2011.
15. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica* 1999; 15: 701–9.
16. Solitario R, Garbus P, Stolkner A. Primary health care and interdiscipline: two key components for reforms in mental health. *Rev. Asoc. Med. Babia Blanca* 2007; 17: 63–8.
17. García A, García F. Preventive medicine in the primary attention of health. *Rev habanera cienc méd* 2012; 11: 308–16.
18. Dubón M, Menjívar D, Espinoza E, Baatz C. Construction of the community health system in Guarjila: systematization of an experience of Comprehensive Primary Health Care in El Salvador in the period 1987–2007. *Saúde debate* 2012; 36: 414–20.
19. Wagner P, Perales A, Armas R *et al*. Latin American bases and perspectives on Person-Centered Medicine and Health. *An Fac Med (Perú)* 2015; 76: 63–70.
20. Parra L. Autoethnography: crucial point for the intercultural dialogue. In: Espinar C (ed). *Ethnoecology and Sustainable Development*. Madrid: Temper Services, 2007, pp. 141–53.
21. Montero M. *To Do In Order To Transform: The Community Psychology Method*. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 2006.
22. Amezcua M, Gálvez A. Different approaches to qualitative health research analysis: a critical and reflective view. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423–36.
23. Fernández D, Mancipe L, Fernández D *et al*. Analysis of the supply of medicine undergraduate programs in Colombia, during the past 30 years. *Rev Colomb Reumatol* 2011; 18: 109–20.
24. 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; 14: 10–3.
25. Suárez J, Godue C, García JF *et al*. Core competencies in public health: a regional framework for the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34: 47–53.
26. Davó M, Vives C, Álvarez C *et al*. Public health competencies and contents in Spanish university degree programs of physical therapy, occupational therapy, environmental science, dentistry and veterinary science. *Gac Sanit* 2014; 28: 123–8.
27. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care: a public health model in primary care. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21: 177–85.
28. Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research. *Med J Aust* 2008; 188: 243–6.
29. Hernández E, Parra L, Correal C. Training needs for comprehensive early childhood development: perspective from a regional study. *Salud Uninorte* 2015; 31: 284–94.
30. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226–35.
31. Pérez R, Fajardo A, Navarrete G, Avendaño C. Interdisciplinary Pedagogical Experience for Health Human Resources Focused on the Holistic Promotion of Health and the Prevention of the Disease. *Rev Cienc Salud* 2006; 4: 82–92.

Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional

Training needs for comprehensive early childhood development: perspective from a regional study

Erwin Hernández Rincón¹, Leonardo Parra Beltrán², Camilo Correal Muñoz¹

Resumen

Objetivo: Caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de niños menores de 6 años, en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia).

Métodos: Estudio descriptivo mixto (cuantitativo y cualitativo) mediante entrevistas (n=126) y grupos de discusión (n=3) con profesionales en formación, entrevistas a informantes clave (n=3), revisión de contenidos de planes de estudio (n=9), encuestas a profesionales de la salud (n=111) y acompañantes (n=111) y revisión de historias clínicas (n=54) relacionadas con la atención de niños menores de 6 años. Los resultados se analizaron según cuatro dominios: Preparación para la vida, Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, Seguridad e integridad corporal y Educación inicial.

Resultados: Se destaca la inclusión de contenidos sobre preparación para la vida y prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, como también la orientación del currículo hacia la atención integral; así como la ausencia de contenidos sobre seguridad e integridad corporal y sobre educación inicial. Un elemento importante de la atención integral hace referencia al conocimiento de los signos de alarma por parte de las familias; pero un 40 % de estas familias no han recibido esta información por parte de profesionales de la salud. Por último, el entorno, redes de apoyo y otras vulnerabilidades son poco exploradas en los servicios de salud.

Conclusiones: En programas de formación en salud se destaca la orientación hacia la atención integral. Atención integral que se puede fortalecer en el profesional de la salud en formación desde las capacidades del ser y saber.

Palabras clave: recursos humanos en salud, educación en salud, atención primaria en salud, salud del niño.

Fecha de recepción: 9 de noviembre de 2014
Fecha de aceptación: 15 de febrero de 2015

¹ Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), de la Facultad de Medicina, de la Universidad de La Sabana, Colombia

² Profesor de la Escuela Colombiana de Medicina, de la Universidad El Bosque, Colombia.

Correspondencia: Erwin Hernández Rincón, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía (Colombia). Teléfono: 8615555, ext. 23315. erwinhr@unisabana.edu.co

Abstract

Objective: To characterize the strengths and weaknesses of the training programs of health professionals for the development of skills in Healthcare for Integral Development (HID) in early childhood, in 16 municipalities of Cundinamarca and Boyacá (Colombia).

Methods: A mixed-methods descriptive study (quantitative and qualitative), carried out through interviews (n = 126) and focus groups (n = 3) with health professionals in training, key informant interviews (n = 3), revision of curriculum content (n = 9), surveys of health professionals (n = 111) and companions (n = 111), and medical record review (n = 54), related to the care of early childhood. The results were analyzed according to four domains: preparation for life, everyday practices for health care, safety and bodily integrity and early education.

Results: It is highlighted the inclusion of content on life skills and daily practices for health care, as well as the orientation of the curriculum toward comprehensive care; and the absence of contents on security and bodily integrity, and early education. An important element of comprehensive care refers to the knowledge of the warning signs on the part of families, but 40 % of these families have not received this information from health professionals. Finally, the environment, support networks and other vulnerabilities are little explored in health services.

Conclusions: It is highlighted the orientation toward comprehensive care in health training programs. Comprehensive care can strengthen the health professional training from the capabilities of being and knowing.

Keywords: health manpower, health education, primary health care, child health.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los actores involucrados en el desarrollo de los niños menores de 6 años, y todos deben confluír de manera oportuna y armónica para promover mayores posibilidades de desarrollo personal, social y fortalecer el capital humano de los países. Entre estos se destacan la familia, la comunidad, la escuela, los servicios sanitarios, la sociedad organizada y las instituciones gubernamentales, entre otros (1, 2).

Este estudio surgió como parte de una investigación para el fortalecimiento de programas de pregrado y posgrado en salud, conducente a la formación de investigadores a nivel de maestría en el cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de los niños menores de 6 años, que hace parte del programa de investigación "Por un Inicio Parejo de la Vida (IPV)", en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia).

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación de profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en CSDI de niños menores de 6 años.

Colombia es un país con diversidad en su perfil epidemiológico, en donde las enfermedades crónicas han aumentado en los últimos años, sin superar las de tipo infeccioso(3); en la población infantil predominan las enfermedades infecciosas (enfermedades respiratorias, diarrea)(4) abordadas desde AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)(5), y a su vez, en este grupo poblacional se debe iniciar el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles desde el enfoque de la prevención primordial(6).

La Atención Primaria en Salud (APS) se presenta como una estrategia exitosa para el manejo integral de las enfermedades de la

población(7), mediante un abordaje de promoción de salud y prevención de la enfermedad, contemplando los problemas de la comunidad, las condiciones del contexto y factores que limitan la calidad de vida(8).

Respecto a estas realidades los currículos de los programas medicina a nivel de pregrado parecen estáticos, fragmentados, y hasta obsoletos. La formación no responde a las necesidades de los pacientes, y menos aun a las de la comunidad: hay falta de compromiso social de muchas escuelas de medicina con la salud de la población; persistencia de énfasis en el modelo biomédico; deficiencia de conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS; el aprendizaje está concentrado en la práctica en hospitales; hay insuficiente formación para el trabajo en equipo y en humanismo; el enfoque de los problemas corresponde a miradas técnicas que carecen de una comprensión contextual amplia; se pretende proveer salud a partir de encuentros episódicos más que de cuidados continuos(9).

Para garantizar un modelo de atención integral, universal, equitativo y de calidad, centrado en la persona, que responda a las necesidades de la población, con énfasis en la prevención de la enfermedad, que considere los determinantes de la salud y los factores de riesgo, que esté enmarcado en la participación comunitaria para la cogestión y corresponsabilidad de la salud, se requiere formar a los profesionales de la salud en esta dirección, generar políticas que hagan posible el desempeño adecuado de los profesionales formados, y desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de educación superior y los servicios de salud, que permitan adecuar la formación de los profesionales de la salud para un modelo de atención integral, entre otros aspectos (10, 11).

El objetivo de este estudio fue caracterizar las fortalezas y debilidades de los programas de formación y las prácticas de los profesionales de la salud para el desarrollo de competencias en cuidado de la salud para el desarrollo integral (CSDI) de niños menores de 6 años, a partir de las necesidades identificadas en un estudio regional en 16 municipios de Cundinamarca y Boyacá.

MÉTODOS

Estudio descriptivo mixto que combinó técnicas de recolección cualitativas y cuantitativas para: 1) identificar en los currículos de los programas de salud seleccionados y los contenidos y las prácticas que promueven el CSDI de niños menores de 6 años; 2) identificar las necesidades de formación en los profesionales de la salud desde su propia perspectiva y la de los acompañantes de los menores de 6 años que acuden a consulta, que promuevan el desarrollo de competencias orientadas al CSDI de niños menores de 6 años; 3) analizar las relaciones que pudieran existir entre las necesidades de formación identificadas y los contenidos y las prácticas profesionales observadas en los currículos de los programas de salud incluidos en el estudio, y 4) proponer una estrategia socialmente construida para el fortalecimiento de competencias profesionales e investigativas en los estudiantes de los programas del área de la salud y en los profesionales en ejercicio orientadas al CSDI de niños menores de 6 años.

Se encuestaron (n=126) y realizaron grupos de discusión con profesionales en formación (n=3), se entrevistaron a informantes clave (n=3, pediatras), se revisaron los contenidos de los planes de estudios (n=9) de los programas del área de la salud afi-

nes y ubicados en el área de influencia del proyecto (departamentos de Cundinamarca y Boyacá), y se aplicaron cuestionarios a profesionales de la salud en ejercicio (n=111) y a los acompañantes de los menores de 6 años que acuden a consulta (n=111); además se revisaron las historias clínicas (n=54) de estos menores de 6 años que asisten a la consulta, y la información resultante fue organizada en categorías de análisis.

Para recolectar los datos se diseñaron los instrumentos de acuerdo con los *dominios* establecidos a partir del enfoque de capacidades de Martha Nussbaum (12-14) y los referentes teóricos relacionados con la formación de profesionales de la salud en CSDI de niños menores de 6 años. Estos dominios son: *preparación para la vida, prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, seguridad e integridad corporal y educación inicial* (tabla 1).

Tabla 1. Categorías de Análisis para la identificación de fortalezas y debilidades de los profesionales de la salud en Cuidado de la Salud para el Desarrollo Integral (CSDI) de niños menores de 6 años

Dominios	Categorías
Preparación para la vida	Condiciones de la gestación y el parto
	Condiciones del recién nacido
Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud	Alimentación y nutrición
	Vivienda
	Entornos cotidianos (Vivienda y uso del espacio público), calle, parque, barrio, saneamiento básico
	Calidad de la atención y educación para la promoción de prácticas saludables
	Asociación humana - Relaciones e interacciones

Continúa...

Dominios	Categorías
Seguridad e integridad corporal	Protección y restablecimiento del entorno de derechos
	Funcionamiento de redes de apoyo para el hogar, las niñas y los niños
	Identificación de niñas y niños con necesidades específicas
Educación inicial	Juego
	Estimulación / qué hacen y qué han aprendido sobre estimulación

Los datos recolectados se codificaron y categorizaron de acuerdo con los *dominios*. Los datos recolectados a partir de técnicas cuantitativas se codificaron y categorizaron manualmente y se calcularon medidas de tendencia central. Los datos de origen cualitativo se codificaron y categorizaron usando el programa Nvivo10 (QSR International, Melbourne, Australia). Una vez codificados y categorizados los datos cuantitativos y cualitativos se triangularon para identificar las relaciones existentes entre las necesidades de formación identificadas, los contenidos curriculares y las prácticas profesionales.

Cada instrumento contó con consentimiento informado y la aprobación de los estudiantes de salud, los acompañantes, los profesionales en ejercicio, como también el consentimiento institucional de las instituciones de salud y las instituciones universitarias.

RESULTADOS

Planes de estudio, estudiantes en formación y entrevistas a informantes clave

Se observa que los programas de formación analizados tienen una orientación a la Atención Integral y al cuidado de la salud.

Se destaca la inclusión de contenidos sobre Preparación para la vida y Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud, como también la orientación del currículo hacia la Atención Integral.

En debilidades se destaca la ausencia de contenidos sobre Seguridad e Integridad Corporal y sobre Educación Inicial, como también programas centrados en especialidades biomédicas.

Se observa que la consolidación de las competencias para la atención integral y el cuidado de la salud es afectada, de manera positiva o negativa, por diferentes razones: 1) el conocimiento fundamental se enseña de manera fragmentada; 2) el proceso de enseñanza-aprendizaje está orientado hacia las especialidades biomédicas; 3) los escenarios de práctica están centrados en una atención especializada y curativa; 4) la formación médica previa de los docentes en los escenarios de práctica; 5) una atención integral en salud que no contempla la salud oral y psicológica, y 6) la voluntad política de los administradores en salud y el modelo de atención del país.

Preparación para la vida y prácticas cotidianas para el cuidado de la salud:

Un porcentaje (36 a 45%) de los profesionales de la salud manifestó que realiza actividades orientadas a promover la salud y prevenir la enfermedad (control prenatal, crecimiento y desarrollo, consulta externa a gestantes, entre otras). De dicho porcentaje, la mayoría (88 a 97%) afirmó que sigue formatos o protocolos para realizarlas. Asimismo, del 85 al 95% de los acompañantes mencionó que recibió atención de los programas de salud materno-infantil (programa de crecimiento y

desarrollo, control prenatal, parto y postparto), y de estos, el 62 al 73% recibió educación sobre promoción de la salud.

De manera variable (del 40 al 70%) los profesionales de la salud consideran que tienen elementos para realizar Atención Integral por ciclos vitales (parto, recién nacido, población infantil).

La mayoría de los profesionales de la salud mencionaron que enseña signos de alarma sobre programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (83 a 97%). En este mismo aspecto, un 67 a 78% manifestó que cuenta con el tiempo necesario en consulta para hacerlo. En ese sentido, los acompañantes expresaron que han recibido educación sobre signos de alarma entre un 71 a 90% (sobre crecimiento y desarrollo, enfermedad respiratoria, deshidratación, control prenatal), educación recibida en el 55 a 60 % por parte de los profesionales de la salud.

Entre 49 al 69% de los profesionales expreso que ofrece servicios integrales (prevención del maltrato, crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, vacunación).

Los profesionales manifestaron que ofrecen servicios (88%) para abordar signos de alarma (menores de 2 años, enfermedad respiratoria, deshidratación).

Las facultades analizadas tienen una orientación a la atención integral y al cuidado de la salud, reflejada en los contenidos de diferentes asignaturas que tienen el propósito de enseñar conocimientos fundamentales que promuevan la Preparación para la vida y las Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud de la mujer gestante, del recién nacido y de los niños menores de 6 años.

La mayoría de contenidos curriculares, excepto los de psicología y odontología, incluyen los conocimientos fundamentales relacionados con la gestación, el parto y el recién nacido.

En la mayoría de los contenidos curriculares se incluyen parcialmente los conocimientos fundamentales relacionados con la alimentación y nutrición de los niños menores de 6 años. Sin embargo, el conocimiento sobre alimentación y nutrición que tienen los estudiantes de ciencias de la salud es variable. Por ejemplo, unos afirman que la alimentación con leche materna debe ser hasta los 6 meses, otros hasta los 12 y otros hasta los 24.

Seguridad e Integridad

El 51% de los profesionales de la salud mencionó que conoce la normativa de infancia y adolescencia. Contrario a lo que pasa en los acompañantes, los cuales en un 72% manifestaron que no conocen sobre la Ley de infancia y adolescencia.

Los profesionales expresaron de forma variable (40 al 72%) que tienen competencias transversales (salud pública, comunicación, educación en salud, derechos de los niños). Los acompañantes destacaron que conocen en un 90% los derechos de los niños, los cuales fueron conocidos en un 40 % por parte del profesional.

El 70% de los profesionales manifestó que conoce los elementos de una vivienda saludable. Contrario a lo que expresaron los acompañantes, quienes en un 63% dijeron que no se les ha preguntado sobre condiciones de vivienda.

Hay un conocimiento moderado de las redes de apoyo (50%), y se destaca que el 85 % de

los acompañantes manifestó que en consulta no se ha hablado del tema.

Se observa poca presencia o ausencia de asignaturas que integren conocimientos fundamentales relacionados con la Seguridad e integridad corporal y la Educación inicial de los niños menores de 6 años y de sus cuidadores.

La mitad de los contenidos curriculares incluyen asuntos relacionados con el maltrato infantil, sobre todo en los aspectos legales y normativos.

Educación inicial

Los profesionales mencionaron el juego como elemento fundamental de la educación inicial (89%). Al respecto los acompañantes manifestaron que, en consulta, en un 68% se les ha hablado del buen trato o crianza.

Se destaca a AIEPI como un componente importante que se debe fortalecer para fomentar el CSDI, al igual que elementos de nutrición, crecimiento y desarrollo y humanización de servicios de salud en el caso de los profesionales. Esto fue destacado por los acompañantes, quienes expresaron que requieren información adicional sobre nutrición, enfermedades, crecimiento y desarrollo y maltrato infantil.

Para los profesionales, internet es la principal fuente de consulta sobre temas de primera infancia (49%). En el caso de los acompañantes, indicaron que consultan a familiares o a amigos ante problemas de CSDI en un 63%.

Se observa poca presencia o ausencia de asignaturas que integren conocimientos fundamentales relacionados con la Seguridad e integridad corporal y la Educación

inicial de los niños menores de 6 años y de sus cuidadores.

La mayoría de programas revisados incluyen metodologías de enseñanza y aprendizaje, didácticas, teorías del aprendizaje orientadas a promover competencias comunicativas. Sin embargo, los estudiantes reconocen los contenidos pero manifestaron que no se consolida la competencia.

En los contenidos curriculares, excepto odontología, se incluyen de manera explícita conocimientos fundamentales, métodos y metodologías relacionadas con la promoción y la educación sobre estimulación. A pesar de que los estudiantes corroboran los contenidos propuestos en el plan de estudio, desconocen la definición de “educación inicial”.

Domino transversal

La mayoría de acompañantes son madres, quienes consultan en su mayoría a un centro de salud ante problemas de salud de los niños, la mayoría (56%) afirmó que lo hace por la confianza y credibilidad.

Por último, al indagar sobre oportunidades de mejoramiento en CSDI hubo diversidad en las respuestas, destacando fortalecimiento en AIEPI (12,6%), alimentación, crecimiento y desarrollo (9,9%), humanización de servicios (4,5%) y actividades promoción y prevención (8,2%). Adicionalmente se destaca a Internet como la fuente de búsqueda principal en un 45% en caso de presentar dudas o requerir información sobre salud de la primera infancia.

DISCUSIÓN

Al revisar los datos obtenidos se destaca de manera importante la orientación de los distintos programas de salud hacia la atención

integral y al cuidado de la salud. La literatura establece que esta atención integral hace parte de los elementos centrales de la APS, orientada a atender las necesidades de la población, que incluyen la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz, la curación, la rehabilitación, la atención paliativa, el apoyo al autocuidado, y que vincula y coordina todo el sistema de salud y sus niveles de atención (15, 16).

Por otro lado, en la revisión de los distintos contenidos se pudo evidenciar la inclusión de contenidos fundamentales en los dominios de Preparación para la vida y Prácticas cotidianas, dominios en los que se incluyen elementos para el cuidado de la salud de la mujer gestante, recién nacido y niños menores de 6 años.

En ese mismo sentido, la revisión también refleja oportunidades de mejoramiento en conocimientos fundamentales en los dominios de Seguridad e integridad corporal y Educación inicial; dominios en los que se incluyen elementos normativos de los niños, estimulación, juego y elementos relacionados con el proceso de enseñanza y aprendizaje entre profesional de salud y cuidadores.

Se destaca la orientación hacia la atención integral y al cuidado de la salud en la formación de recursos humanos en salud, evidenciada en las competencias del saber.

Es necesario adoptar nuevas estrategias educativas, como la que describe el currículo integrado (17), en el que se propone el “abandono de la concepción del alumno - receptor de información” para dar paso a la idea del “alumno -constructor de su conocimiento” (18), autónomo, en la que es protagonista de su proceso de aprendizaje, con el apoyo cercano y constante de un cuerpo docente

formado en diferentes disciplinas, como en pedagogía (19, 20).

Como se destaca en los resultados, la adquisición de competencias relacionadas con conocimientos fundamentales hacia la atención integral se ve afectada por varios factores; entre ellos la fragmentación de los contenidos, la orientación de enseñanza biomédica hacia la especialización, escenarios de práctica centrados en modelos especializados y curativos, poca formación previa de los docentes, la concepción de la atención integral, y la integración entre la política y la prestación de servicios de salud.

Es importante fomentar modelos de atención que no sean fragmentados; iniciando con la formación adecuada de los profesionales de la salud, que deben adquirir competencias en APS, salud pública y determinantes sociales (21).

En el dominio de Preparación para la vida se destaca la inclusión de elementos de embarazo, parto y recién nacido. Aunque esta investigación no pretendió evaluar si el contenido fundamental se enseña, esta situación nos sugiere una distancia entre lo que se enseña y lo que aprende el estudiante; producto de la fragmentación del conocimiento fundamental enseñado, tal como se observa en el plan de estudios de los diferentes programas revisados.

Se establece la importancia de formar profesionales cualificados y competentes en atención prenatal, embarazo, parto y recién nacido. Debido a la relevancia de ello (22). También se resalta que los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo social y psicológico, y orientación y educación a los pacientes, familias y comunidades, y la importancia de lograr servicios de salud hu-

manizados, para lo que se requiere sinergias y la integración de todos los niveles, debido a la fragmentación de muchos sistemas de salud (23).

En el dominio de Prácticas cotidianas para el cuidado de la salud se observa diversidad en los conocimientos e inclusión de los contenidos curriculares en elementos de nutrición y lactancia materna.

Esta variabilidad puede ser producto del lugar de práctica y del docente del estudiante. Esta situación revelaría la distancia entre teoría y práctica. Sin embargo, es importante resaltar que todo conocimiento debe ser aplicado de manera flexible; afirmación que cuestiona los “modelos” propuestos de lactancia, alimentación complementaria e infantil.

Es fundamental el papel que juegan los profesionales de la salud para fomentar la lactancia materna (24), y se destaca la importancia de formar equipos de salud en la práctica hospitalaria bien entrenados en el tema (25), los cuales no deben centrarse solo en el aspecto biológico (26). Adicionalmente, se recomienda involucrar a múltiples profesionales de la salud (nutricionistas, pediatras, entre otros) en actividades para fomentar la adecuada nutrición y lactancia materna (26, 27).

También en el dominio de Prácticas cotidianas se destaca la no inclusión de conocimientos fundamentales de crecimiento y desarrollo, conocimientos que sin embargo los estudiantes sí reflejan. Al respecto, está establecida la importancia de adquirir las competencias para poder educar a las madres y a las familias sobre elementos de crecimiento y desarrollo, participando activamente en debates con los profesionales de la salud (28).

Por otro lado, se destaca que para fomentar un proceso de crecimiento y desarrollo es fundamental el fortalecimiento de virtudes y experiencias cotidianas; las cuales contribuyen a fortalecer el cuidado (estimulación del lenguaje, atención, juego y contacto físico), elementos que deben ser conocidos por el profesional de la salud (29-31).

En el dominio de Seguridad e integridad corporal se pudo observar inclusión parcial de elementos normativos. Si bien los estudiantes conocen *grosso modo* los aspectos de la ley y la normatividad de infancia, aceptan sus limitaciones para identificar en la práctica los signos de maltrato infantil.

Es importante el conocimiento de los temas de maltrato, negligencia y abuso infantil, y se destaca la interacción estudiante de profesionales de la salud con los padres, para fortalecer habilidades de comportamiento (32).

Por otro lado, los elementos de Seguridad e integridad corporal requieren un abordaje en la formación de salud más humanizado, que permita generar una atención que involucre a múltiples actores (23, 33).

Y en el dominio de Educación inicial, en los programas revisados se evidencia el interés de incluir elementos de enseñanza y aprendizaje; elementos respecto a los cuales que los estudiantes reconocieron que no adquieren adecuadamente la capacidad. Esto obedece en parte a la fragmentación de los conocimientos fundamentales y a la priorización de la mirada clínica, patológica y curativa sobre otros aspectos de lo humano y de lo colectivo, que van en detrimento de la atención integral.

Varios estudios resaltan la importancia de adquirir competencias educativas orientadas a fomentar el adecuado CSDI, y demuestran

que profesionales mejor capacitados tenían mayor interés y posibilidad de educar a las madres y familias desde la gestación, parto, nacimiento, crecimiento y desarrollo y su cuidado (estimulación del lenguaje, atención, juego y contacto físico), lo cual redundaría en mejores condiciones de salud para la primera infancia (28, 29, 30, 31).

Por otro lado, el profesional de salud en el cuidado del niño debe hacer parte de la red social del niño (profesionales, familias, comunidad e instituciones) (2, 20, 34).

Haciendo la revisión de los programas de formación en salud de la zona, las facultades analizadas tienen una orientación a la atención integral. Sin embargo, la atención integral requiere que además de la adecuada formación de los profesionales, los servicios de salud sean adecuados, tengan esa orientación, y ofrezcan los espacios y tiempos necesarios para que sea posible generar esta atención.

Este estudio se centró en la importancia de la atención integral en el CSDI de la primera infancia. Atención integral que se puede fortalecer en el profesional de la salud en formación desde las Competencias del ser y saber; las Competencias del saber hacer se determinarán en una etapa posterior del proyecto.

Declaración

Este estudio hace parte del proyecto de investigación "Programa para la construcción de una red social de conocimiento orientada al cuidado de la salud para el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años en la Región Sabana Centro de Cundinamarca y 5 municipios de Boyacá (Colombia)"; fue financiado por Colciencias, convocatoria

n° 537 de 2011, y ejecutado por la Unión Temporal “Alianza por un Inicio Parejo de la Vida”, conformada por la Universidad de La Sabana, Fundación Corona, Fundación Santa Fe de Bogotá y Organización para la Excelencia en Salud. Realizado entre junio de 2012 y noviembre de 2014.

Agradecimientos

Se agradece a los investigadores que estuvieron involucrados en algunas fases del proyecto (formulación del anteproyecto, recolección de datos): Jorge Pinzón, Diana Restrepo, Luz Ángela Calderón e Inés Botero Uribe.

REFERENCIAS

1. Neves E, Cabral I, Silveira A. La red familiar de niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para la enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(2): 562-70. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200013
2. Sousa FG, Erdmann A. Qualifying child care in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5): 795-802.
3. Bernal O, Forero JC, Villamil MP, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31(3): 181-7.
4. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las No Transmisibles. *Rev.cienc.biomed* 2012; 3(2): 282-90.
5. Díaz M. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba. *Rev Cubana Enferm* 2012; 28(2): 118-24.
6. Sánchez M. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Pediatr* 2011; 67(4): 223-29.
7. Vine M, Hargreaves MB, Briefel RR, Orfield C. Expanding the role of primary care in the prevention and treatment of childhood obesity: a review of clinic- and community-based recommendations and interventions. *J Obes* 2013; 1-17. DOI: 10.1155/2013/172035
8. Tapp H, Dulin M. The science of primary health-care improvement: potential and use of community-based participatory research by practice-based research networks for translation of research into practice. *Exp Biol Med* 2010; 235(3): 290-9. DOI: 10.1258/ebm.2009.009265
9. Organización Panamericana de la Salud. La formación médica orientada hacia la Atención Primaria en Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud. Estrategias para los equipos de APS. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Toronto: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2005. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf
12. Lazenby M. On the humanities of nursing. *Nurs Outlook* 2013; 61(1): e9-14. DOI: 10.1016/j.outlook.2012.06.018.
13. Vélez A. Por un sistema de salud que garantice la protección del derecho: un requisito de justicia social. *Hacia promoc. Salud* 2011; 16(1): 145-55.
14. Alvarez AA. The cross-cultural importance of satisfying vital needs. *Bioethics* 2009; 23(9): 486-96. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2009.01761.x
15. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2010.
16. World Health Organization. Declaration of Alma Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.

17. Epstein R, Hudert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2): 226-35. DOI: 10.1001/jama.287.2.226
18. Davini MC. Métodos de enseñanza. Buenos Aires: Editorial Santillana; 2008.
19. Pérez R, Fajardo A, Navarrete G, Avendaño C. Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. *Rev. cienc. Salud* 2006; 4(supl.1): 82-92.
20. D'Artibale E, Rodrigues B, Marcon S, Bercini L, Higarashi I. Child, family, and multidisciplinary team: intersections of care - an exploratory study. *Online braz. j. nurs* 2010; 10(3).
21. Suárez J, Godue C, García JF, Magaña L, Rabionet S, Concha J et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34(1): 47-53.
22. Penny S, Murray SF. Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: a 'state of the art' review. *Health Policy Plan* 2000; 15(4): 386-93.
23. Versiani C, Mendonça J, Vieira M, Sena R. Safe motherhood: reported experience. *Rev. APS* 2008; 11(1): 109-14.
24. Martín S, del Cura I, Sanz T, Arana C, Rumayor M, Alvarez M et al. Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 144. DOI: 10.1186/1471-2296-12-144.
25. Caldeira A, Fagundes G, Aguiar G. Educational intervention on breastfeeding promotion to the Family Health Program team. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6): 1027-33.
26. Araújo R, Almeida J. Breastfeeding: the challenge to understand the experience. *Rev. Nutr* 2007; 20(4): 431-48. DOI: 10.1590/S1415-52732007000400010
27. Bueno L, Teruya K. The practice of breastfeeding counseling. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(5, supl): s126-s30.
28. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr* 2011; 100(4): 534-7. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2010.02105.x
29. Mello D, Furtado M, Fonseca L, Pina J. Child health follow-up and the longitudinality of caring. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4): 675-93. DOI: 10.1590/S0034-71672012000400018
30. Martins S, Paduan V. The health team as a mediator on psychosocial development of hospitalized children. *Psicol Estud* 2010; 15(1): 45-54. DOI: 10.1590/S1413-73722010000100006
31. Lemos L, Pereira W, Andrade J, Andrade A. Let us care with plays? *Rev Bras Enferm* 2010; 63(6): 950-5. DOI: 10.1590/S0034-71672010000600013
32. McGimsey JF, Greene BF, Lutzker JR. Competence in aspects of behavioral treatment and consultation: implications for service delivery and graduate training. *J Appl Behav Anal* 1995; 28(3): 301-15.
33. Marcacine K, Orati P, Abrão AC. Health education: repercussions in the neuropsychomotor growth and development of the newborn. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(1): 141-7. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100021
34. Moraes J, Cabral I. The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem* 2012; 20(2): 282-8. DOI: 10.1590/S0104-11692012000200010x

Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana

Assembling healthy environments under a Primary Health Care framework: the teaching-learning experience of community health at Universidad de La Sabana undergraduate medical program

Francisco Lamus Lemus¹, Camilo Correal Muñoz¹, Erwin Hernández Rincón¹

Resumen

Este artículo presenta la reflexión de una experiencia educativa de salud comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana; proceso que articula a estudiantes, ciudadanos y gestores de equipos interdisciplinarios para trabajar por la salud de la población a través del apoyo a la gestión de "entornos saludables". Se profundiza en los elementos que han caracterizado el ejercicio de enseñanza y aprendizaje en APS, el proceso de construcción del programa académico, la confluencia de la Salud Pública y la Medicina Familiar en la APS, la orientación pedagógica de las actividades docente - asistenciales hacia la formulación y ejecución de planes de mejoramiento en salud, proyectos de salud comunitaria y el fomento de entornos saludables en las distintas organizaciones y comunidades abordadas, y se describe la evolución del proceso. Por último, se concluye resaltando aquellos aspectos estratégicos en las competencias médicas y de otros profesionales de la salud necesarios para fortalecer la salud de la población a través de este tipo de programas, y se destaca la importancia de la APS en los procesos de docencia, investigación, proyección social y su articulación con otros sectores afines a la iniciativa.

Palabras clave: atención primaria en salud, educación en salud pública, salud comunitaria, educación en salud.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2015
Fecha de aceptación: 27 de marzo de 2015

Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana, Colombia.

Correspondencia: Francisco Lamus Lemus, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía, Cundinamarca (Colombia). Teléfono: 8615555. francisco.lamus@unisabana.edu.co

Abstract

This article presents the reflection of an education experience in community health, within the framework of Primary Health Care (PHC) in the program of Medicine at Universidad de La Sabana, a process that articulates students, citizens and managers of interdisciplinary teams to work for populations' health collaborating in the making of "healthy environments". It delves into the elements that have characterized the experience of teaching and learning in PHC, the process of building the academic program, the confluence of Public Health and Family Medicine in PHC, the pedagogical orientation of theoretical and practical activities in health care education, the formulation and implementation of improvement plans in health, community health projects and promoting healthy environments in different organizations and communities, while describing the evolution of the process. Conclusions emphasize strategic areas necessary in physicians and other health professionals, competencies necessary to strengthen population health through this kind of programs, stressing the importance of PHC and healthy environments in teaching, researching, and social action in coordination with other sectors related to the initiative.

Keywords: Primary health care, public health education, community health services, health education.

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana desde su fundación en 1994 ha asumido al reto de ofrecer a la sociedad profesionales médicos capaces de articularse con otros actores sociales desde el ejercicio de su ciudadanía, para contribuir a orquestar respuestas organizadas que consigan ofrecer un mejor cuidado de la salud, más eficiente y que resulte en condiciones de salud más favorables para personas, familias y comunidades (1).

El proceso de avanzar hacia el cumplimiento de ese triple desafío se ha hecho sobre tres pilares que se han venido integrando transversalmente al conjunto tradicional de competencias en ciencias básicas y clínicas que caracterizó la educación médica del siglo XX en Colombia y en gran parte de los programas de medicina del mundo después de la publicación del informe Flexner en 1910 (2): 1) las competencias generales en medicina familiar y comunitaria y Atención Primaria en Salud (APS), 2) las competencias generales en salud pública y 3) las competencias para la gerencia de acciones en salud.

El propósito de contribuir a mejorar la salud de la población por medio de profesionales más competentes y con mayores habilidades para enfrentar los retos emergentes de la salud pública implica también responder dinámicamente a la realidad de una situación demográfica cambiante. Es así como el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana ha debido responder a las realidades de unos procesos de urbanización acelerada paralelos a una dinámica de transición epidemiológica en la que se va consolidando el predominio de las enfermedades crónicas, sin que todavía hayan desaparecido los retos de la atención del conjunto de enfermedades dependientes de las pobrezas caracterizadas por la carencia, o las violencias, lo que se ha denominado "modelo polarizado prolongado" (3, 4).

Este artículo presenta la reflexión de una experiencia educativa de salud comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana recurriendo a fuentes propias y a referentes teóricos usados en el proceso.

Para dar inicio a la experiencia se tuvo en cuenta la trayectoria de programas que dejaron un legado a nivel latinoamericano

en la educación de profesionales de la salud como la Experiencia UNI (Unión, Universidad y “Una nueva iniciativa”), que conjugó en su esencia la participación de comunidades, servicios de salud e instituciones académicas en profesiones de la salud (5).

También influyeron experiencias de universidades que trataron de acoplar en sus currículos enfoques que aproximaran el ejercicio profesional a las necesidades de la población durante los años ochenta y noventa en Colombia (6). Igualmente se mantuvo vigente la relevancia del enfoque de APS y las implicaciones que podía tener para la construcción de capacidades profesionales en los médicos egresados del programa; esto a pesar de las dificultades subyacentes referentes a emprender la reconstrucción de una corriente contrahegemónica a la de modelos puramente centrados en el tratamiento de la enfermedad (7).

El contexto donde se gesta la salud de la población y la dinámica de sus transiciones se integra a través de la apertura de espacios académicos que acompañan a los estudiantes a lo largo de la carrera en el proceso de comprender la salud como un derecho, y como tal, también como el resultado de un proceso de construcción colectiva, que en el día a día transita por el continuo de salud - enfermedad con el protagonismo de personas, familias y comunidades y la participación de equipos de profesionales de la salud que les acompañen (8).

Metodológicamente se refleja en asignaturas a lo largo del plan de estudios, de manera estratégica y obligatoria, o electiva y vocacional, que permiten el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje, para que los futuros profesionales médicos las integren a su ejercicio profesional, desde cualquier rol específico que deciden ejercer.

El programa ha “aprendido a aprender” de sí mismo y del entorno en 21 años de desarrollo, integrando elementos de capacitación docente y del trabajo en proyectos de salud con las comunidades, que ilustran con diversos casos formas de apropiación de los principios de la estrategia de APS por parte de comunidades y de estudiantes de medicina en el proceso de avanzar hacia la construcción de entornos saludables (9).

Fruto también del proceso de aprendizaje es la evolución conceptual y de ajustes en la gestión académica, que han permitido avanzar en herramientas pedagógicas hacia el cumplimiento del mandato del proyecto educativo del programa, de ofrecer profesionales médicos con capacidades para incidir favorablemente en la salud de la población, así como en el sistema, gracias al despliegue de competencias adquiridas en su proceso de formación en contextos comunitarios, además de los hospitalarios.

DESARROLLO

La estructuración del programa

El Programa de Medicina en la Universidad de La Sabana es una oferta de educación superior, desde una institución privada sin ánimo de lucro, que en lo referente a su propósito de contribuir a la salud de la población orienta la formación de sus profesionales hacia la solución de problemas de salud de individuos, familias y comunidades, con énfasis en la APS, procurando además contribuir a la construcción de una cultura de salud y desarrollo (10).

El programa se inició en 1994 como resultado de un proceso de análisis de las necesidades en salud y de recursos humanos en el sector,

que coincide con dos hitos legislativos que en Colombia dan contexto a la educación en profesiones de la salud, ambos derivados de la Constitución Política de 1991, conocida también como la “Constitución de los Derechos Humanos” (11).

El primer hito, la Ley 30 de 1992, con la cual “se organiza el servicio público de educación superior”, y en la que se reconoce la autonomía universitaria por ser esta un servicio público cultural inherente a la finalidad del estado (12). El segundo hito, la Ley 100 de 1993, por la cual “se crea el sistema de seguridad social integral”, con el fin de avanzar en el logro de una mejor calidad de vida, del bienestar individual y la integración de la comunidad, a través del cumplimiento progresivo de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para la cobertura integral de contingencias que afecten la salud y la capacidad económica de los habitantes (13).

Estos antecedentes del contexto son determinantes para buscar alternativas que permitan estructurar experiencias de enseñanza - aprendizaje en salud pública y APS que superen las incoherencias que emergen del ejercicio de combinar la formación de profesionales, la respuesta a las necesidades en salud de la ciudadanía, la organización del sistema de salud y la organización del sistema de educación superior.

Las incoherencias emergentes de la combinación de estos procesos pueden resumirse en estos 4 desafíos:

- El desafío que enfrenta un estudiante de conservar el sentido de invertir tiempo y esfuerzos en la adquisición de competencias que contribuyen a la salud y el bienestar común, por la escasez de incentivos pros-

pectivos que se traduzcan en un retorno suficiente para cubrir la inversión con ese propósito a lo largo de la carrera.

- El desafío de abordar conjuntos comunitarios de ciudadanos que compartan intereses, vínculos y lazos sobre los cuales se puedan trabajar constructos de salud comunitaria, en los que ciudadanía e instituciones converjan con coherencia con formas de organización y cohesión social para la integración en el avance hacia la búsqueda de la salud colectiva; en contraste con la pérdida y desgaste de esfuerzos, enfrentándose a los fenómenos de segmentación de la ciudadanía y fragmentación operativa de los servicios de salud, a pesar de las intenciones de articulación, integración y modulación, del modelo economicista de “pluralismo estructurado”¹ existente (14).
- El desafío de ser viables con una propuesta de formación de competencias en salud pública en un ambiente donde la regulación de la formación de recursos humanos depende del contexto de la autonomía universitaria y las instituciones compitiendo dentro de 3 mercados (15):
 - Mercado de programas de pregrado: oferta de programas (más de 50) frente a bachilleres graduados que los demandan.
 - Mercado laboral: oferta de profesionales graduados frente a instituciones

1 Pluralismo Estructurado: el “pluralismo” consiste en la posibilidad de que diferentes sujetos e instituciones puedan participar simultáneamente de un sistema sin el predominio de uno solo, mientras que lo “estructurado” consiste en la necesidad de interacción entre los actores para que se cumplan los propósitos para los que está dispuesto en este caso el sistema de salud.

contratantes en el mercado laboral que los demandan.

- Mercado de posgrados: oferta de programas de educación continuada y posgrados frente a la demanda de capacitación por parte de profesionales de la salud e instituciones que los emplean.
- El desafío de que haya coherencia entre la demanda de las competencias necesarias para suplir las prioridades en salud de las comunidades y del sistema de salud con los resultados que evidencian las competencias de los egresados de los centros de educación de recursos humanos en salud. Actualmente esta regulación la ejercen los respectivos mercados del sector educativo, más que políticas estatales con espacios efectivos para capturar e interpretar la voz y necesidades de las comunidades; lo cual resulta en una función supervisora de la formación de profesionales mediante la acreditación de procesos de gestión académica de las instituciones, más que por la evidencia de desempeño de los profesionales.

Para estos cuatro desafíos el programa ha estructurado cinco estrategias para abordarlos, acabar de comprenderlos en la marcha y eventualmente ofrecer alternativas de solución a las incoherencias sistémicas de donde se derivan:

1. Se establecieron asignaturas que transversalmente abordan temas relacionados con la posibilidad de comprender integralmente la gestión en salud, la APS y la salud pública a lo largo de diferentes semestres. Es así como en el pilar de gerencia en salud, durante diferentes semestres de la carrera todos los estudiantes toman las asignaturas en las que trabajan la construcción de competencias relacionadas con habilidades

administrativas individuales, habilidades para la gestión de instituciones de salud y habilidades para la gestión de instituciones que gestionen la salud a nivel territorial y local. En el pilar de APS toman las asignaturas de educación para la salud, determinantes sociales de la salud, así como salud y cultura. En el pilar de Salud Pública se ofrece una serie de asignaturas electivas en los primeros semestres, como historia de las epidemias, salud internacional, vulnerabilidad, derechos fundamentales y seguridad social integral.

2. Se estableció un semestre de profundización en Salud Comunitaria que se toma en paralelo con Medicina Familiar, en la que los estudiantes desarrollan con diferentes comunidades planes de mejoramiento en salud para la construcción de entornos saludables; participando además de consultas de Medicina Familiar en hospitales con distinto nivel de complejidad.
3. Las asignaturas clínicas integran en su enfoque contenidos y rotaciones en los que se trabajan temas propios del primer nivel de atención.
4. Se ofrecen asignaturas de énfasis en Salud Pública o Medicina Familiar como opciones en las que pueden tomar rotaciones de profundización que se ofrecen como complementarias a su formación básica en estos mismos temas.
5. Se articula con redes y contribuye a la gestión de comunidades educativas locales, regionales, nacionales e internacionales que buscan continuamente alternativas para materializar los principios de la APS, como The Network –Towards unity for health (16), Community campus partnerships for health (CCPH) (17), Alianza por la salud pública de Bogotá (18), Alianza por

la APS para Colombia (19), Red social de conocimiento - Inicio Parejo de la Vida y Ciudadanías por entornos saludables(20), Foundation for the advancement of international medical education and reasearch (FAIMER) (21).

La profundización en Medicina Familiar y Salud Comunitaria

La profundización en Medicina Familiar y Comunitaria fue concebida como una sola materia integrada, que pretendía ofrecer una experiencia comprensiva de ejercicio de la medicina en los primeros niveles de atención, en las que además los estudiantes se integrarían con las comunidades que atendían en los servicios de salud.

Para ello se recurrió durante varios años a la consulta de diversos hospitales de primero y segundo nivel correspondientes a la red de hospitales de los municipios de la región Sabana Centro de Cundinamarca; adicionalmente, cada grupo de estudiantes asignado a cada hospital acompañaba a una institución educativa de la localidad en el proceso de formular un plan de trabajo que apoyara la gestión de un entorno saludable en la comunidad escolar (22).

Sin embargo, debido a la segmentación y la fragmentación del sistema de salud colombiano, que hacía imposible tener continuidad, longitudinalidad e integralidad en la atención de las personas de la comunidad tanto en la consulta como en los proyectos de salud comunitaria trabajados desde la perspectiva de APS (23), se decidió dividir la experiencia en consulta de Medicina Familiar, en la que los estudiantes ven el enfoque y el manejo que da la Medicina Familiar a los pacientes que logran articularse coherentemente con

la oferta de este enfoque en la prestación de servicios, mientras, que por otro lado, trabajan con una colectividad que no necesariamente atienden de forma simultánea en los servicios de salud, pero que les permite la oportunidad de comprender la relevancia de las acciones en salud que se construyen desde la comunidad.

Planes de mejoramiento, proyectos de salud comunitaria y entornos saludables

Desde 1999 hasta 2007, cuando se entró en un proceso de reforma curricular, se identificó en la Estrategia de Escuelas Saludables una oportunidad a través de la cual se podía construir un proceso de colaboración entre comunidades educativas, universidad y otros actores sociales, quienes trabajando en conjunto podían avanzar en la construcción de entornos saludables.

Adicionalmente, la estrategia recogía la experiencia de diferentes políticas que se diseñaron durante los años 70, 80 y 90 orientadas por los paradigmas de la APS: el programa Supervivir, el programa Familia Sana en Ambiente Sano y Vigías de la Salud, entre otros (24).

Sin embargo, no solo los planteamientos de la APS inherentes a los lineamientos políticos hicieron de esta una oportunidad interesante, sino además la posibilidad de trabajar en la actualización de un modelo docente asistencial comunitario que ya había sido probado ser una forma eficaz de trabajo en aras del desarrollo social a través de la construcción iniciativas basadas en la estrategia de APS.

Prueba de ello fueron los trabajos pioneros de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en los años 60 y 70 con los proyectos en Candelaria (Valle) y los proyectos que se

conocieron como PRIMOPS, APRISA y UNI, que se desarrollaron entre comunidades, universidades y servicios de salud en diferentes lugares del país desde los años 80 hasta el cambio de siglo. De ellos vale la pena destacar que el mismo modelo se promovió desde la Fundación Kellogg por diferentes países de Latinoamérica y en muchos elementos contribuyó al desarrollo aspectos que hoy siguen siendo contemplados dentro del Sistema Único de Salud (SUS) Brasileiro (25, 26).

Otro elemento que contribuyó en su momento a que la “Estrategia de Escuelas Saludables” (EES) fuera un contexto a partir del cual se trabajara con comunidades, actores locales y academia fue la voluntad institucional y programática de la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS) a través de la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud, el Ministerio de Salud como firmante de la iniciativa para Colombia y su incorporación como propósitos de acciones locales en los entonces llamados “Planes de Atención Básica” departamentales y municipales.

Adicionalmente, en la suscripción de la iniciativa también estuvieron representados el Ministerio de Educación, que le da su aval y la incorpora a través de los Proyectos Educativos Institucionales, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que lo refrenda y financia mediante alternativas como los Restaurantes Escolares. Con esta arquitectura institucional se encontró en la EES un escenario adecuado para trabajar en la construcción de competencias en APS y salud pública en estudiantes de medicina, mientras se apoyaba la construcción de entornos saludables a través del desarrollo de planes de mejoramiento en salud que en algunos casos prosperaron a proyectos institucionales.

Durante el periodo que la experiencia de salud comunitaria se concentró en la EES se trabajó con 30 comunidades educativas durante ocho años; en ellas, 16 cohortes de estudiantes de medicina, cada una de aproximadamente 40 estudiantes, construyeron una relación con sus respectivas comunidades y desarrollaron un plan de mejoramiento en salud, apoyando el propósito más elevado propuesto a las comunidades de avanzar hacia la construcción de “Entornos Saludables” (27, 28).

Desde el inicio del proceso esta iniciativa planteó la colaboración entre los sectores educativo y de salud, en conjunto con la Universidad de La Sabana, para llevar a cabo cambios en el comportamiento y el desarrollo de conductas sanas. Las acciones se ejecutaron a través de intervenciones educativas para avanzar hacia el cambio de comportamientos en conductas relacionadas con la salud de las colectividades. Adicionalmente, en algunos casos se logró canalizar acciones e intervenciones del sector salud y acciones tendientes a superar las barreras de acceso a los servicios de salud. En otros casos se logró articular intervenciones medioambientales o de generación de políticas públicas sanas que promovieron, a su vez, la participación de distintos actores comunitarios.

El ciclo de enseñanza-aprendizaje

El abordaje desde el cual se lleva a cabo la experiencia es de investigación-acción y se apoya en los principios de la enseñanza en APS orientada hacia la comunidad (APOC).

Los estudiantes parten de establecer un contacto con interlocutores comunitarios que les lleva a construir una relación y un diálogo que les permite, a su vez, establecer la situación de salud de la colectividad. En conjunto

con la comunidad definen una situación que puede contribuir a hacer mejorías en el estado de salud si se estudia y se interviene el tema mediante un plan de mejoramiento, el cual se ejecuta, se evalúa y se divulga al finalizar cada período (29).

El proceso continuo que desarrollan estudiantes integrados con la comunidad considera un ciclo que pasa por unas etapas de aprestamiento, construcción de confianza y credibilidad entre las partes, apreciación de la situación de salud y sus determinantes, planeación de un proyecto de mejoramiento en torno a un problema prioritario para la comunidad, ejecución del mismo, valoración y ajuste del trabajo emprendido, comunicación y divulgación de lo aprendido a la comunidad y a otras audiencias, estrategias de sostenibilidad y nuevamente aprestamiento de la situación para la llegada de otros grupos (figura 1) (30-32).

La evolución del proceso

Tras un proceso de análisis y sistematización de la experiencia en el período en que se llevaba a cabo una reforma curricular, se procedió a introducir unas variaciones que también obedecían a la revisión de los resultados obtenidos con los estudiantes, los profesores, la consulta a las comunidades y el análisis de los productos obtenidos a lo largo de los ocho años anteriores (33).

Entre los cambios obtenidos mediante el proceso se destacan algunos de los elementos que podemos señalar como aprendizajes significativos de la experiencia de enseñanza - aprendizaje en este caso:

- La historia social de Colombia ha establecido un contexto sociopolítico con políticas

públicas en salud y educación superior que definen, a su vez, unos desafíos que se deben tener en cuenta para avanzar en la formación de recursos humanos relevantes para las circunstancias de salud que continuará enfrentando Colombia en el siglo XXI.

- Dicho contexto puede ser influido en beneficio de la salud de la ciudadanía si se avanza en procesos de educación en salud comunitaria que permitan la ilustración de alternativas de participación y organización ciudadana para resolver esos desafíos.
- La APS sigue siendo una estrategia y un conjunto de alternativas conceptuales y políticas con metodologías e instrumentaciones que pueden contribuir a mejorar la salud de la población con mejores cuidados y servicios más eficientes.
- Es definitivo el enfoque de aprendizaje basado en proyectos, unido al de aprendizaje basado en el servicio que tienen los proyectos de salud comunitaria para la enseñanza de la APS (34, 35).
- En los procesos de educación de profesionales, la relación de un tutor - facilitador para pequeños grupos de estudiantes es ideal para lograr la densidad de acompañamiento necesaria para alcanzar productos significativos para las comunidades y los estudiantes partícipes de las iniciativas.
- Las comunidades donde se pueden trabajar este tipo de proyectos pueden ser de cualquier naturaleza. Por este motivo, desde 2009 se ha desplazado el foco de instituciones educativas a comunidades con diferente característica de vulnerabilidad pero con algún nivel de organización donde puedan iniciarse proyectos de mejoramiento de la salud. En este proceso han participado comunidades de adultos

mayores, desplazados por la violencia, infancia en programas de nutrición preescolar o escolar, habitantes de la calle y grupos con algún tipo de discapacidad, niños y niñas en hogares de protección o detención.

- El desarrollo de diferentes espacios de interacción con las personas partícipes del proyecto permite la generación de distintas oportunidades de aprendizaje significativo de la APS, la salud pública y la salud comunitaria para diferentes ciudadanos con diferentes estilos de aprendizaje, incluidos los estudiantes de medicina.
- Comprender los escenarios donde transcurre la vida de las personas permite el desarrollo de habilidades ciudadanas en los estudiantes de medicina que potencian su desempeño profesional futuro.

CONCLUSIONES

En el futuro el programa se proyecta hacia la consolidación de la misión propuesta de contribuir a la generación ilustrativa de “Entornos Saludables”.

El afianzamiento de un número creciente de espacios pedagógicos que promuevan oportunidades de aprendizaje significativo en estudiantes de medicina y de otras profesionales de la salud permitirá enriquecer el paisaje de experiencias docente-asistenciales-comunitarias requeridas para lograr que la educación en profesiones de la salud y el sistema de salud converjan en alcanzar el objetivo social de contribuir a mejorar las condiciones de la población de formas sostenibles.

Adicionalmente, como se ha podido observar a través de narrativas de trayectorias de distintas elecciones profesionales por las que han optado los egresados del programa,

de la convergencia de la comprensión de la heterogeneidad existente en los caminos que toma el continuo de salud-enfermedad, unida al juicio crítico desarrollado a partir de la comprensión dialógica de estos fenómenos interactuando con diversos actores sociales, es de donde puede surgir el liderazgo para proponer y colaborar en la conducción hacia los cambios necesarios para que la búsqueda de la salud, y en últimas la salud misma, se constituya en un equalizador de oportunidades sociales.

Para que este y otros programas afines puedan avanzar en este sentido es necesario avanzar intersectorialmente en los siguientes aspectos estratégicos:

- a. Atraer recursos que apoyen el proceso de investigación, desarrollo e implementación de este modelo de APS en Salud en Entornos Saludables (APSES).
- b. Consolidar los recursos humanos que apoyen la estrategia en investigación, docencia y proyección social.
- c. Contribuir a que la red de universidades que trabajan o están interesadas en el tema contribuyan a implementar la estrategia, así como a generar conocimientos y tecnologías fruto de procesos de investigación.
- d. Consolidar metodologías que permitan el trabajo en redes de experiencias y nodos de entornos saludables.
- e. Continuar integrándose a las redes de conocimiento, comunidades de práctica y canales de comunicación con que ya cuenta la estrategia de APS a nivel internacional, nacional, regional y local.

- f. Continuar el proceso de capacitación a profesionales de diferentes disciplinas en APS en Salud en Entornos Saludables.

Financiación: Experiencia documentada como parte de la investigación formativa en Atención Primaria en Salud (APS) en estudiantes de medicina de último año de la Universidad de La Sabana.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Doctors for Health. Doctors for Health. A WHO global strategy for reorienting medical education and medical practice for Health for All. Geneva: WHO;1996 (WHO/HRH/96.1).
2. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York, NY: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching;1910.
3. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las no Trasmisibles. *Rev.cienc.biomed* 2012; 3(2): 282-90.
4. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Comisión Económica para América Latina y el Caribe -Cepal. Naciones Unidas; 2011.
5. Kisil M, Chaves M. Linking the university with the community and its health system. *Medical Education* 1994;28(5):343-9. Doi: 10.1111/j.1365-2923.1994.tb02544.x
6. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *Journal of communityhealth* 1992;17(4):231- 45.
7. Moreto G, C de Benedetto MA, Roncoletta Adriana FT, Lamus F, Blasco PG. La Educación médica y la propuesta "Salud para Todos": la Declaración de Alma-Ata 30 años después. *Cuadernos de Medicina en Investigación y Salud* 2008; 2(2):109-19.
8. Kark S, Kark E. A practice of social medicine. *Social Medicine* 2006;1(2): 115-38.
9. Lamus F, Jaimes C, Serrano N. Understanding community health medical education through action research. *Medical Education* 2011;45(5): 509-510. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.03971.x
10. Universidad de La Sabana. Programa de Medicina (2011-2015). Documento de Trabajo: Sinopsis del Programa; 2011.
11. Uprimny, R. Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. *El debate a la Constitución*; 2002: 63-110.
12. Yarce J, Lopera CM, Pacheco IF. La educación superior en Colombia. UNESCO, IE-SALC; 2002.
13. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. Fescol;1999.
14. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *HealthPolicy* 1997; 41(1): 1-36. Doi: 10.1016/S0168-8510(97)00010-9
15. Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social. 2008.
16. The Network: Towards Unity For Health (The Network: TUFH). About us, 2011-2014 [en línea]. Disponible en: <http://www.thenetworktufh.org/about>.
17. Community-Campus Partnerships for Health. CCPH, 2015 [en línea]. Disponible en: <https://ccph.memberclicks.net/>.
18. Grupo Dinamizador Alianza por la Salud Pública Bogotá Colombia. Alianza por la Salud Pública, 2015[enlínea]. Disponible en: <http://grupodinamizador.jimdo.com>.
19. Así Vamos en Salud. Alianza por la APS para Colombia: Memorias Encuentro de Medellín y Agenda 2015, 2014 [en línea].Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/evento/4463e071a7f2fb2e338a75809ddc1c80.pdf>.

20. Inicio Parejo de la Vida (IPV). Red Social de Conocimiento Inicio Parejo de la Vida, 2012-2015[en línea]. Disponible en: <http://www.inicioparejodelavida.org>.
21. Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, 2001-2015 [en línea]. Disponible en: <http://www.faimer.org>.
22. Lamus F, Jaimes C, Castilla M, García JG. Hacia una escuela saludable: una experiencia de integración de los agentes educativos en torno a la calidad de vida. *Educación y Educadores* 2003; 6:17-44.
23. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência&SaúdeColetiva* 2011; 16(6):2817-28.
24. Palacios, M. Entornos saludables: el desafío de la promoción de la salud. En: *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D. C.: Editorial Médica Panamericana; 2011.
25. Henao O. *Crónica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle*. Cali (Colombia): Imprenta Central Universidad del Valle; 1996.
26. Almeida MJ, Batista JJ, Turini B, Nicoletto S, Pereira L, Rezende L, de Mello P. Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007; 31 (2): 156-65.
27. Barrera D, Restrepo C, Labrador C, Niño G, Díaz D, Restrepo D *et al*. Medio Familiar y entorno escolar: detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar. *Persona y Bioética* 2006; 10: 99-107.
28. Castellanos A, Hernández E, López C, Lamus F, Díaz D, Salamanca J *et al*. Tener un proyecto de vida en la adolescencia reduce el abuso en el consumo de alcohol. *Cuadernos de medicina en investigación y salud* 2007; 1: 112-21.
29. Gofin J, Gofin R. Community Oriented Primary Care (COPC) and Primary Health Care. *Amer J PublicHealth* 2005;95 (5):757.
30. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *RevPanam Salud Pública* 2007; 21(2/3): 177-85. DOI: 10.1590/S1020-49892007000200012. Doi: 10.2105/AJPH.2004.060822
31. Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007; 23(3).
32. Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J PublicHealth* 2002; 92(11): 1728-32
33. Worley P. Relationships: A new way to analyse community-based medical education? (Partone). *EducationforHealth* 2002;15(2):117-28.
34. Blumenfeld PC, Soloway E, Marx RW, Krajcik JS, Guzdial M, Palincsar A. Motivating project-based learning: Sustaining the doing, supporting the learning. *Educationalpsychologist* 1991; 26(3-4): 369-98.
35. Seifer, Sarena D. Service-learning: Community-campus partnerships for health professions education. *Academic Medicine* 1998; 73(3):273-7.

Experiencia de Sensibilización de Talento Humano en Salud en Atención Primaria en Salud (APS) por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Nodo Colombia (2013-2015)*

Training experience in Health Human Resources (HHR) in Primary Health Care (PHC) through the Virtual Campus of Public Health (VCPH) Node Colombia (2013-2015)

Erwin Hernández-Rincón¹, Rafael Tuesca-Molina²,
Eduardo Guerrero-Espinel³, Henry Gutiérrez⁴, Armando Guemes⁵

Resumen

Objetivo: Ilustrar la experiencia de formación de Talento Humano en Salud (THS) en APS y RISS para Colombia por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS durante 2013 a 2015.

Metodología: Se realizó una evaluación de procesos académicos de 2 cohortes durante 2013 a 2015 por medio del CVSP y mediante un equipo conformado por 5 universidades. La experiencia se dividió en 2 etapas según los procesos de formación: 1. Etapa de fortalecimiento de los equipos de formación, 2. Formación de talento humano en salud para todo el país.

Resultados: En total, los 2 procesos contribuyeron a formar a 123 profesionales de la salud (2013-2015). Durante la primera etapa (2013-2014) se contribuyó principalmente a formar docentes vinculados de las distintas universidades, y se encontró una mayor adherencia en profesores de salud pública. Para la segunda etapa (2014-15), el curso se ofertó para todo el país, y mejoraron los procesos académicos en relación con el proceso anterior, y el proceso

Fecha de recepción: 22 de agosto de 2015
Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2015

* Este artículo da cuenta de la experiencia del diplomado en Atención Primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) durante 2013-2015.

¹ Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia).

² Profesor, Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte (Colombia).

³ Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (Colombia).

⁴ Profesor, Medicina, Universidad Libre de Cali (Colombia).

⁵ Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana - Campus Universitario Puento del Común, Chía (Cundinamarca, Colombia). Teléfono: 8615555
Vol. 31, n.º 3, 2015
ISSN 2321-5558
erwinhr@unisabana.edu.co

finalizó con 55 propuestas de mejoramiento en APS y RISS para cada uno de los contextos de cada participante.

Conclusiones: El proceso educativo del curso y el trabajo en el CVSP se constituyen en una oportunidad para avanzar en nuevos procesos, los cuales contribuyen efectivamente a la formación de THS en APS y RISS en un país donde la temática es relevante y necesaria.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, recursos humanos en salud, educación continua, redes comunitarias.

Abstract

Objective: Illustrate the training experience in Health Human Resources (HHR) in PHC and IHSDNs for Colombia through the Virtual Campus of Public Health (VCPH) of the PAHO during 2013 to 2015.

Methodology: an assessment of academic processes of 2 cohorts was conducted during 2013 and 2015 through VCPH, and by a team of five universities. The experience is divided into two stages according to the processes of formation: 1. Strengthening teaching equipment, 2. Training of HHR for the country.

Results: In total, 123 health professionals were trained in the two processes (2013-2015). The first stage (2013-2014) was mainly linked to training teachers of different universities, process with a better performance on public health teachers. For the second stage (2014-2015) the course was offered for the entire country, improving the academic processes in relation to the above process, and ending the process with 55 proposals to improve PHC and IHSDNs for the contexts of each participant.

Conclusions: The educational process of the course and work in the VCPH are constituted as an opportunity to advance new processes which effectively contribute to the formation of HHR in PHC and IHSDNs in a country where the subject is relevant and necessary.

Keywords: Primary Health Care, health manpower, education, continuing, community networks.

INTRODUCCIÓN

El Congreso de Colombia posibilita cambios en la orientación del sistema de salud mediante la Ley 1438 del 2011; en virtud de ello, la norma adopta la implementación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud” (APS). Esta iniciativa permite que el Estado reorganice el sistema de salud incluyendo el modelo de atención y prestación de servicios a fin de avanzar en el logro de la reducción de la inequidad en salud (1).

La estrategia de APS se posiciona en nuestro país con cuatro componentes centrales: 1. La conformación y consolidación de equipos básicos de salud trabajando en unidades colaborativas dentro del sistema, 2. Fortaleci-

miento y construcción de sistemas integrales de información en salud, 3. Reducción de barreras de accesibilidad y oportunidad y 4. Consolidación y construcción de vida saludable con cubrimiento de procesos de salud - enfermedad (incluyendo la cronicidad, la discapacidad y la funcionalidad). Estos elementos se fundamentan en los compromisos y programas del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) para fortalecer el primer nivel de atención en salud y la integración sectorial y transectorial del sistema para potenciar las redes integradas e integrales de servicios de salud (RISS) (1-2).

Es por ello que para apalancar la formación y actualización del Talento Humano en Salud (THS) se emplea el “Convenio de Cooperación

Técnica 485 del 2010 Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia) con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)” para iniciar un proceso de sensibilización y formación en APS y RISS para Colombia con apoyo de un grupo de universidades del país.

Debido a los cambios estructurales y de gobernanza que asume el Ministerio de Salud y de Protección Social, se han direccionado una serie de líneas de política, procesos y actos normativos y administrativos que posicionan la salud como derecho fundamental a partir de su reconocimiento en la Ley 1751, denominada “Ley estatutaria de salud”, y en ella se destaca la relevancia de una atención integral e integrada y la organización de las RISS (3).

Entendiendo las RISS como la organización de redes regionales e integradas para la atención en salud, que permitan la optimización de recursos, la racionalización del gasto y la promoción de una atención orientada a las necesidades de la comunidad de manera continua (4-6).

Por su parte, la APS es una estrategia orientada a mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, y para Colombia se plantea como una oportunidad, sin embargo, la normativa actual no define de manera clara el modelo de atención ni el modelo de APS que se implementará para el país (7-8).

Diversas experiencias sugieren que la formación en APS permite sensibilizar el THS, avanzando y contribuyendo en la implementación del modelo; a su vez, esta formación debe ser coherente con las necesidades del entorno, con el avance de la tecnología y con los procesos educativos que contribuyan a generar cambios que mejoren la salud de sus poblaciones (9-10).

De ese modo, en los últimos años las tendencias educativas han tenido un cambio hacia

la educación en línea. En salud se identifica un incremento importante de aplicaciones para educación y entrenamiento en salud, como también en investigación en salud, lo cual facilita la colaboración remota entre las personas (11-12).

Por lo explicado, desde 2003 la OPS ha promovido la formación de THS por medio del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). Dicho entorno se concibe como una estrategia de cooperación técnica y de educación en salud para los países de la región.

Experiencias en diversos países ha mostrado el uso y beneficios del CVSP para responder a las necesidades de formación de THS de la región mediante cursos virtuales y recursos educativos disponibles (13-14).

El CVSP se ha configurado como una red a partir de la asociación de personas, instituciones y organizaciones que comparten recursos de formación y actualización en salud pública. Esta organización incorpora procesos de acompañamiento, de asesoría, de educación y de gestión del conocimiento con el fin de mejorar las competencias, capacidades y el quehacer de los profesionales en salud pública mediante el alistamiento, aprovechamiento e innovación en el uso de las tecnologías de educación y comunicación para transformar y mejorar el desempeño de programas y proyectos de salud pública (14-15).

Esta nueva orientación para Colombia, sumado al interés de la OPS (Colombia) para apoyar el fortalecimiento del sistema de salud colombiano, se ha trabajado desde 2012 con un equipo de universidades interesadas en fortalecer el proceso de formación e implementación de un sistema de salud basado en APS.

Esta investigación ilustra la experiencia de formación de THS en APS y RISS para Colombia por medio del CVSP durante 2013 a 2015 en 2 procesos de formación: el primero (2013-2014) para fortalecer la capacidad instalada de algunas universidades en APS y RISS, y también de tutoría virtual por medio del CVSP, y el segundo (2014-2015) para consolidar las capacidades de APS y RISS en profesionales de la salud de Colombia.

METODOLOGÍA

Se realizó una evaluación de procesos académicos correspondiente a dos cohortes formadas durante el periodo 2013 a 2015 por medio del CVSP, mediante un equipo conformado por 5 universidades de todo el país (Universidad del Norte, Universidad de Antioquia, Universidad de la Sabana, Universidad Libre de Cali y la Universidad Mariana de Pasto) y la OPS a través del CVSP.

Para la investigación se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección de información, obtenida principalmente de los registros de las actividades disponibles en la plataforma virtual, así como la realización de evaluaciones al finalizar el curso, y grupos de discusión mediante preguntas orientadoras con los tutores y coordinadores académicos de las universidades participantes. Esto permitió una integración mixta en el análisis de los hallazgos.

La experiencia que se ilustra se dividió en 2 etapas de acuerdo con la oferta de cursos: 1. Etapa de fortalecimiento de los equipos de formación (modalidad cursos cerrados), 2. Formación de talento humano en salud para todo el país (modalidad oferta de cursos abiertos a instituciones y profesionales interesados).

El primer proceso de formación (2013-2014) se llevó a cabo de octubre de 2013 a febrero de 2014; mediante estrategias de aprestamiento, el equipo de docentes de las universidades que conforman el Nodo Colombia avanzaron en la primera construcción conjunta del diplomado de 160 horas, gratuito, y 100 % virtual. Para este primer proceso se actualizó el material y se identificaron elementos claves para su desarrollo, teniendo en cuenta aspectos normativos vigentes y la experticia de los tutores que conformarían el proceso. La estrategia de evaluación se organizó de manera progresiva y secuencial a medida que se avanzaba en módulos a fin de monitorizar la participación e incrementar la adherencia al curso. Los elementos que identificaron esta evaluación se centraron en los objetivos de aprendizaje del curso, el proceso de acompañamiento, la participación en las distintas actividades formativas (foros, tareas, cibercafé y chat) y la entrega del trabajo final. Al finalizar la primera cohorte cada tutor, junto con su equipo, realizó la discusión de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento; de esta discusión nació la idea de diseñar estrategias que mantuviesen la adherencia y se identificaron señales que permitirían identificar deserción de participantes. Con base en esta exploración se construyó una nube de palabras derivada de las opiniones de los tutores y docentes que representaba la experiencia de evaluación.

Una vez consolidados los equipos de las universidades se realizó el segundo proceso de formación (2014-2015), durante octubre de 2014 a marzo de 2015. Para este segundo proceso se tuvieron en cuenta las estrategias de mejora estimadas en la cohorte anterior para estimular y mantener una mayor adherencia al curso. Con respecto a la evaluación del curso, se incluyó el diligenciamiento de una encuesta por al menos el 50 % de los partici-

pantes del curso, habilitada en la plataforma del campus virtual.

Igual que en el proceso de evaluación anterior, se revisaron las participaciones de los foros de discusión. La dinámica de evaluación se realizó cada dos módulos, y en esta los coordinadores analizaban la participación de los foros, tareas y sesiones a fin de identificar estrategias para garantizar adherencia e incrementar la participación en las actividades desarrolladas en el curso.

Las categorías de análisis y variables fueron: objetivos de aprendizaje, material del curso, utilidad, acceso a la plataforma, el acompañamiento y la evaluación y realimentación de tareas.

RESULTADOS

Fortalecimiento de los equipos de formación

Para el primer proceso de formación se inscribieron 96 participantes (profesores y profesionales de la salud vinculados a la Universidad del Norte, Universidad de Antioquia, Universidad Libre de Cali y la Universidad Mariana de Pasto), de los cuales solo aprobó el 60,4 % (tabla 3).

Académicamente el diplomado fue estructurado en 6 módulos (tabla 1), de los cuales el primero era el introductorio al ambiente virtual y los otros 5 específicos del contenido de APS y RISS. Cada módulo fue programado con una duración de 2 semanas (total 12 semanas), tiempo para la revisión de los materiales, la entrega de una tarea y el desarrollo de un foro de discusión por módulo. Adicionalmente, cada módulo contaba con una sesión docente, la cual se dictaba a la mitad de cada módulo de manera virtual, mediante la herramienta sincrónica (Elluminate), se seleccionaba a un

docente experto en tema y se dictaba la sesión para todas las universidades. El diplomado se aprobaba con el 70 % de cumplimiento.

El diplomado contó en su organización con 2 coordinaciones por universidad, encargadas de soportar a los tutores virtuales y a su vez a los participantes (Coordinación académica y Coordinación técnica). La Coordinación académica soportaba los elementos académicos y pedagógicos del proceso de formación, realizando consejería de los contenidos abordados, revisando el desempeño de los tutores y estudiantes, así como la apropiación de los objetivos de aprendizaje. La Coordinación técnica soportaba los procesos de inscripción, apertura de nuevos foros, seguimiento, ingreso y solucionar problemas de tipo tecnológico.

En el proceso de seguimiento y adherencia desde el módulo de introducción se evidenció disminución del número de participantes a medida que avanzaba el curso. La medición de seguimiento fue valorada en 3 momentos desde el inicio del curso: 30 días de inicio del curso 73 participantes continuaban activos (76 %), a 45 días 63 (66 %) y a 60 días solo 46 (48 %). Se destaca que en el último mes las 4 universidades desarrollaron estrategias de adherencia personalizada, lo cual permitió incrementar el número de participantes al final.

En relación con las actividades del diplomado, se registra el balance de las diferentes actividades planteadas (tabla 4). Al final se formularon en total 58 propuestas de mejoramiento, todas orientadas al fortalecimiento-inclusión de la formación de THS bajo un enfoque de APS en entornos académicos.

Igualmente, se consideró la relevancia de la definición de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, basados en la evaluación del curso y grupos de discusión (gráfica 1).



Fuente: elaboración propia basada en contenido de encuestas, grupos de discusión y desempeño del diplomado.

Gráfica 1. Nube de palabras sobre la formación virtual en APS y RISS 2013-2014

Fortalezas:

- La posibilidad de ofrecer un curso sin costo para la mayoría de universidades fue un elemento motivacional para algunos participantes.
- En general, en los participantes del diplomado se evidenció de manera constante interés sobre el tema de APS y RISS y su relevancia para las prioridades en salud en el país.
- El acompañamiento permanente de los coordinadores académicos y técnicos fue percibido como un elemento fundamental por parte de los tutores.
- Un factor destacable, considerado como exitoso, fue el proceso de preparación previa a los tutores para potenciar sus capacidades en formación virtual.
- La diversidad de las herramientas virtuales suministradas por la plataforma es un elemento destacable, que reducía la

monotonía y permitía mostrar el espectro de posibilidades que ofrece este tipo de formación.

- Los materiales suministrados, así como el contenido de las sesiones docentes, fueron considerados como pertinentes y suficientes en la revisión de los temas.

Oportunidades de mejoramiento:

- Al determinar las dificultades presentadas en el curso, el tiempo fue el factor más mencionado y destacado. Los participantes expresaron la falta de tiempo para aprovechar cada una de las herramientas y actividades que propone cada módulo y el curso. De otra parte, se identificó que los participantes que ingresaron de manera tardía o postergaron las actividades del curso experimentaron una sobrecarga de trabajo que motivó la deserción de este.
- La participación en los foros generó dificultades para algunos participantes durante el

curso, dado que no realizaron de manera apropiada su desempeño al no tener presente las reglas establecidas de participación y la rúbrica que orientó la valoración de esta participación. Se observó que los estudiantes no realizaban su participación de forma correcta, consignaban su punto de vista pero no hacían seguimiento ni interactuaban con los demás estudiantes. La actividad de foros, a diferencia de las tareas, implicaba la solución de unas preguntas, aspectos o casos, los cuales debían abordarse de manera participativa y continua, debiendo el participante ingresar con regularidad y aportar secuencialmente a la resolución constructiva de los aspectos planteados.

- El grupo de participantes con orientación clínica no mostró suficiente interés o pertinencia respecto a los contenidos abordados.
- En relación con los tutores, al inicio del curso se identificaron algunas limitaciones en la realimentación, calificación y seguimiento por parte de los mismos, especialmente en la actividad de los foros, lo cual promovió en parte desmotivación en los participantes o la sensación de ausencia en el curso.
- Por las características del cronograma del curso, se recomienda seleccionar fechas en las cuales se garantice la continuidad para la realización del mismo.

Formación de THS en APS y RISS para Colombia

Para este segundo proceso se ajustaron los elementos pedagógicos del diplomado 2013-2014, y se ofertó un diplomado de manera abierta a profesionales de la salud (academia, instituciones prestadoras de servicios de salud, autoridades sanitarias, entre otros), con tutores de las 5 universidades. Inicialmente se

tuvo una preinscripción de 106 participantes, procedentes de 22 departamentos (Antioquia, Atlántico, Bogotá, D. C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Córdoba, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima y Valle), y finalmente se inscribieron 82 participantes, los cuales fueron seleccionados de manera abierta (100%), con costo establecido y basados en los convenios hechos con las autoridades sanitarias de cada región.

Los módulos y estructura administrativa del diplomado fueron los mismos que en el proceso 2013-2014 (tabla 1), exceptuando el módulo final, que contempló la construcción de una propuesta de mejoramiento en salud real para el contexto particular de cada participante (tabla 2).

En total aprobó el 79,3 % de los 82 participantes inscritos (tabla 3). El hecho de que el número de inscritos fue menor que el anterior grupo obedeció a la estructura de funcionamiento administrativo en la segunda oferta. Se pudo evidenciar que el porcentaje de participantes que aprobó se mantuvo e incrementó levemente.

Igual que en el anterior curso, se evidenció disminución de las participaciones a medida que avanzaba el diplomado. Por ello, a partir de la experiencia del curso anterior se establecieron estrategias de seguimiento personalizado que permitieron subir de 42 participantes (51,3 %) a 65, quienes fueron los que aprobaron finalmente el curso.

Del mismo modo, en esta nueva versión se evidenció mejoría en el desarrollo de las diversas actividades planteadas (tabla 4).

Tabla 1. Descripción del diplomado de APS y RISS (SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud)

Descripción del Diplomado de APS y RISS
<p>Objetivos del Diplomado:</p> <p>Revisar los conceptos de Salud y de Atención Primaria de la Salud y sus alcances, fundamentos, principios, valores y componentes básicos, así como las implicaciones políticas, de organización y gestión para su aplicación. En ese marco revisar y analizar experiencias previas relacionadas con APS en el contexto nacional colombiano.</p> <p>Estimular un proceso de reconocimiento y reflexión sobre los factores ambientales y sociales que inciden en la salud de las personas y de la población en general y la adopción de políticas públicas que permitan actuar sobre los mismos.</p> <p>Reconocer y analizar las características que deben reunir los Sistemas de Salud basados en la APS, en especial desde la perspectiva de su fundamentación política, financiamiento y organización institucional.</p> <p>Reconocer las peculiaridades del SGSSS, reflexionar sobre las restricciones, teóricas o reales, para la incorporación de la APS, y a partir de ese reconocimiento precisar modificaciones requeridas para su implementación con las disposiciones de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>Examinar conceptos, acciones y estrategias pertinentes para “Gestionar el Cambio” que exige la incorporación en el SGSSS de la APS con sus varios componentes, en particular los relativos a redes integradas de servicios, políticas públicas intersectoriales, participación social, capacitación y formación de recursos humanos.</p> <p>Contenidos del Diplomado:</p> <p>Módulo 0. Familiarización con el Campus Virtual de Salud Pública.</p> <p>Módulo I. Salud y Atención Primaria de la Salud (APS).</p> <p>Módulo II. La renovación de la APS, los Determinantes Sociales de la Salud y la Equidad en Salud.</p> <p>Módulo III. Los sistemas basados en la APS-Redes Integradas de Salud.</p> <p>Módulo IV. La APS en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p>Módulo V. La Gestión del Cambio-Presentación de un proyecto de intervención.</p>

Tabla 2. Indicaciones del trabajo final del diplomado de APS y RISS 2014-15

Trabajo final del Diplomado APS y RISS
<p>Cada participante en forma individual o en grupo no mayor a tres personas:</p> <p>Podrá configurar un documento de reflexión, análisis y una “ruta crítica” que en su concepto permita continuar y gestionar el proceso de cambio con relación a su contexto de trabajo y experiencia para el cambio del modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS.</p> <p>Puede trabajarse desde los siguientes actores institucionales o de la sociedad civil: a) la autoridad sanitaria, b) de aseguramiento, c) de un prestador, d) de la academia o e) de una organización comunitaria u otro. El trabajo debe relacionar las estrategias con relación a los otros espacios.</p> <p>El trabajo debe tener en cuenta los ámbitos: a) político, b) académico, c) social y d) investigación.</p>

Tabla 3. Relación entre inscritos y participantes que aprobaron el proceso 2013-14 y 2014-15, n= 123 participantes aprobados (NP: No participó)

Aprobación/Inscritos por periodo	2013-14		2014-15	
	Inscritos	Aprobación	Inscritos	Aprobación
Universidades:				
Universidad del Norte	21	10 (47,6%)	22	22 (100%)
Universidad de Antioquia	23	15 (65,2%)	10	9 (90%)
Universidad de la Sabana	NP	NP	5	4 (80%)
Universidad Libre de Cali	19	9 (47,4%)	12	6 (50%)
Universidad Mariana de Pasto	33	24 (72,7%)	33	24 (72,7%)
TOTAL	96	58 (60,4%)	82	65 (79,3%)

Tabla 4. Desarrollo de actividades del proceso de formación 2013-2014 y 2014-2015

Desarrollo y cumplimiento de las actividades del proceso de formación en APS y RISS	
2013-14 (n=82 inscritos)	2014-15 (n=96 inscritos)
<p>Foros de Discusión: La participación de los foros registró 119 (Foro 1), 94 (Foro 2), 68 (Foro 3) y 54 participaciones (Foro 4). Aunque el número de participaciones disminuye a medida que avanzan los módulos, se encuentran participaciones que son coherentes con los objetivos de la actividad; adicionalmente se encuentran participaciones muy largas y poca interacción entre los participantes.</p>	<p>Foros de Discusión: La participación de los foros registró 230 (Foro 1), 182 (Foro 2), 164 (Foro 3), 130 (Foro 4) y 113 participaciones (Foro 5). La participación y calidad de los foros es similar a la del proceso 2013-2014, y mejoró en la extensión de las participaciones (no muy extensas que promovían el debate), así como la interacción entre los participantes.</p>
<p>Tareas: Entrega del 72 % (Tarea 1), 54 % (Tarea 2) y 40 % (Tarea 3) de los participantes. Trabajo final: entrega del 60 % de los participantes (n=58, debido a que el trabajo final era requisito fundamental para aprobación). Todas las tareas entregadas aprobaron o aprobaron con excelencia, de acuerdo con los objetivos de la actividad.</p>	<p>Tareas: Entrega del 96 % (Tarea 1), 88 % (Tarea 2) y 85 % (Tarea 3) de los participantes. Trabajo Final: Entrega del 74 % de los participantes (55 trabajos finales, correspondientes a 61 participantes. Al igual que en el proceso de 2013-2014, el trabajo final era requisito de aprobación). Todas las tareas entregadas aprobaron de acuerdo a los objetivos de la actividad. También se destaca el mejoramiento de las entregas y realimentación comparado con el proceso 2013-14.</p>
<p>Sesiones Docentes Sincrónicas: Las sesiones docentes se consideraron dentro del reglamento como una actividad obligatoria para la aprobación del curso. En total se realizaron 5 sesiones, y se encontró un rango de asistencia del 55 al 90 % de los participantes que aprobaron. Las sesiones docentes quedaban grabadas, y cada universidad determinó sus propias alternativas de recuperación (revisión de grabación, elaboración de resúmenes, entre otros).</p>	<p>Sesiones Docentes Sincrónicas: Al igual que en el proceso 2013-2014, las sesiones docentes eran obligatorias para la aprobación del curso. En total se realizaron 4 sesiones, encontrando un rango de asistencia superior al 90 % de los participantes que aprobaron. Estas sesiones también quedaban grabadas, y se plantearon alternativas de recuperación de manera general para todas las universidades (revisión de grabación y conclusión en el foro).</p>

Adicionalmente, en los foros de discusión se pudo documentar el aprendizaje de cada uno de los módulos, de los cuales se destaca:

Módulo 1: Se resalta la relevancia y conexión de los conceptos de salud y de APS; así mismo, para los participantes la APS se constituye en una estrategia que integra a la comunidad, que requiere de participación y promueve el desarrollo social.

Módulo 2: Para este módulo los participantes reconocen la relación entre APS y Enfoque de Equidad (EE) y Determinantes Sociales en

Salud (DSS), y destaca la orientación social que los servicios de salud deben tener y su contribución para mejorar la vida de las personas.

Módulo 3: Los participantes reconocen que la articulación entre APS y RISS debe ser implementada en Colombia, lo cual contribuiría a las necesidades de la población, la optimización de recursos y la calidad en los servicios.

Módulo 4: Los participantes discutieron la relación del modelo de APS para el sistema de salud en Colombia, relacionado princi-

palmente por factores como la prestación de servicios, la participación de la población, el aprovechamiento de los recursos y la integración de diversos niveles y actores (academia, aseguradores, entre otros).

Módulo 5: Para este último módulo los participantes recomiendan la importancia de implementar un modelo basado en APS que contribuya al cambio. Para que este cambio pueda efectuarse se requiere de continuidad y sostenibilidad de las iniciativas, así como el compromiso e integración de todos los actores.

Por otro lado, se resalta que el trabajo final de esta versión, a diferencia del trabajo final del anterior proceso (2013-2014), requirió de un proceso de tutoría más cercano, lo cual generó una ampliación de un mes en la entrega del mismo. En total se recibieron 55 propuestas de mejoramiento de 65 participantes, todas dirigidas al propio contexto del participante (Nivel territorial).

Encuesta final

Al final del proceso también se realizó una evaluación del curso mediante una encuesta, la cual solo fue contestada por el 72 % de quienes aprobaron (n=44) (tabla 5).

En la encuesta además se indagó sobre los conocimientos previos; y destaca que el contenido más conocido por la mayoría de participantes antes de iniciar el proceso hacía referencia a la normatividad en salud en Colombia (Ley 1438 del 2011), sin embargo, reconocieron que la mayoría de los conocimientos previos no eran tan profundos ni detallados. También mencionaron que el contenido que casi no conocían era el de RISS, y para otros, el mismo concepto de APS de manera amplia e integral.

Tabla 5. Apreciaciones de los participantes en la evaluación final del proceso de formación CVSP (2014-2015)

Ítem evaluado (n=44 participantes)	Si n (%)	No n (%)
Los contenidos del curso se vincularon con los problemas de su región y con los desafíos de su lugar de trabajo	43 (97,7)	1 (2,3)
Las lecturas propuestas fueron de su interés	43 (97,7)	1 (2,3)
Las tareas planteadas le permitieron analizar de manera crítica y reflexiva la temática del curso	41 (93,2)	3 (6,8)
El aula virtual funcionó adecuadamente	36 (81,8)	8 (18,2)
Ha podido conectarse de manera regular sin problemas y a una velocidad adecuada *	29 (65,9)	1 (2,3)
Se respondió de manera regular a sus comunicaciones*	30 (68,2)	4 (9,1)
Se sintió acompañado	31 (70,5)	13 (29,5)
El tutor evidenció capacidad para orientarlo en la resolución de tareas	34 (77,3)	10 (22,7)

* Opción "a veces" (tercera respuesta).

Para finalizar, los participantes reconocieron que los contenidos de RISS, fragmentación de los servicios de salud, participación comunitaria, trabajo intersectorial y atención integral fueron apropiados y los señalaron como relevantes en el diplomado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La OPS estima que para la implementación de la APS en el territorio se requiere de profesiones de la salud con desarrollo de competencias y habilidades que les permita avanzar y ampliar sus conocimientos, actitudes y aptitudes hacia la APS bajo la denominación de "renovada" a fin de generar una práctica profesional más calificada. Por ello,

el avance en estrategias de educación que incorporen tecnología y comunicación desde plataformas de aprendizaje virtual derriba barreras físicas y acerca el conocimiento de cara a resolver necesidades en comunidades dispersas, vulnerables y que requieran cambiar su modo de actuar (16-17). Avanzar en la formación y sensibilización en APS contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

El CVSP y su plataforma son una opción adecuada para fomentar la formación de THS en la región de las Américas, que tiene a su disposición un número importante de cursos de formación y recursos educativos, los cuales pueden ser usados en distintos formatos y apoyar la formación en cualquier contexto y al alcance de todos, debido a su filosofía de *software* libre, recursos abiertos y la colaboración entre instituciones (13-14).

La educación en línea permite llegar a regiones de difícil acceso, y en salud además contribuye a optimar los conocimientos y capacidades de los profesionales de la salud, lo cual mejora su actuar y redundando en beneficios a la población. En ese sentido, diversas experiencias han mostrado que ha sido posible la formación de salud pública y de APS por medio de aprendizaje virtual, lo cual mejora la retención y apropiación de capacidades en profesionales de la salud (10-11,18). Destaca que los dos procesos contribuyeron a formar un total de 123 profesionales de la salud de forma virtual, con diversidad en su ámbito de actuación y de su procedencia.

El trabajo colaborativo entre universidades permite fortalecer de manera sinérgica las habilidades requeridas en formación virtual; sumado a la construcción de puentes para intercambio de saberes relacionados con

educación virtual y prioridades en formación en salud pública.

Cabe señalar que la agenda de reuniones del grupo de coordinación del nodo que se desarrolló de manera concertada a través de la plataforma permitió desde las distintas universidades consolidar la dinámica de gestión, administración y seguimiento de las actividades académicas y administrativas del curso de APS y RISS. Esto favoreció el cumplimiento de los objetivos propuestos. De otra parte, el modelo de gobernanza del campus y la hoja de ruta de las acciones y normativas han contribuido a posicionar esta experiencia en el país y los observadores de la región dentro de la dinámica del campus regional de la OPS.

Las limitaciones y debilidades identificadas en este proceso no difieren de otras experiencias; es posible que algunos estudiantes hayan subutilizado la plataforma virtual, muy probablemente debido a la falta de hábitos de estudio en este entorno y la organización de su tiempo (19). Otro elemento no estimado es el tipo de estrategia de aprendizaje que utiliza o con el que está familiarizado el educando, el cual no fue valorado por el tutor; sin embargo, la plataforma del Campus Virtual favorece el aprendizaje visual, auditivo o kinestésico (20).

Por otro lado, esta experiencia destaca los siguientes puntos:

- La interacción entre grupos y personas de distintas regiones y contextos, con independencia de las distancias, desarrollando el intercambio y el debate de experiencias dentro de cada nodo y consolidando una reflexión conjunta.
- La reflexión y la problematización valoradas dentro de cada región, lo cual permitió el

consenso y la transferencia del aprendizaje hacia la práctica.

- Transformar actitudes y prácticas a partir de la formación virtual hecha por TIC.

Fomentar la participación en el módulo de familiarización, así como realizar la realimentación docente pertinente, son factores fundamentales para mantener la adherencia y motivación en un curso virtual. Este tipo de factores se solucionan con el fortalecimiento de competencias en educación y tutoría virtual en cada uno de los equipos.

En relación con el curso, el tiempo y los foros fueron factores determinantes para la aprobación y continuidad por parte de los participantes. Para esto, antes de iniciar el curso se debe contar con la claridad del tiempo destinado y el propósito de los foros. En ese sentido, la tutoría virtual en relación con presencia, seguimiento y realimentación es un elemento fundamental para lograrlo.

Entre las principales limitaciones encontradas para ilustrar la experiencia se resalta la ausencia exploración de los factores de deserción y la falta de evaluación del proceso académico (tutoría, materiales, estructura del diplomado, tiempos, entre otros) en los participantes que no finalizan ni aprueban el proceso.

Por último, se consideró que el proceso educativo del curso y el trabajo en el CVSP fueron adecuados y se constituyen en una oportunidad para avanzar en nuevos procesos que contribuyan efectivamente a la formación de THS en APS y RISS en un país como Colombia, donde la temática es relevante y necesaria. Se recalca la importancia de considerar los factores que describe la experiencia para su uso y reflexión en futuros procesos de formación.

Agradecimientos

Agradecemos al personal e instituciones involucrados en este proceso de formación en APS y RISS para el periodo 2013-2015 en Colombia; entre ellos a la OPS/OMS y CVSP por su aporte y orientación, al Ministerio de Salud y Protección Social por su dirección, a las universidades participantes, y sus respectivos tutores y coordinadores académicos y técnicos, por el tiempo, disposición y articulación para trabajar colaborativamente, y a los autores de los capítulos y materiales de aprendizaje del diplomado de APS y RISS.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: universidad de la Sabana

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Bogotá, D. C. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 [en línea] [fecha de acceso: 1° de junio de 2015]. Bogotá, D. C. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
4. Veras R, Caldas C, Motta L, Lima K, Siqueira R, Rodrigues R et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2): 357-65. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004941
5. Silva S. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health Sys-

- tem. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2753-62. DOI: 10.1590/S1413-81232011000600014
6. Giovanella L. Networks, disease management programs, GP coordinator: analysis of recent ambulatory reforms in Germany. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(Supl 1): 1081-96. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700040
 7. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2012; 14(5): 865-77.
 8. Franco A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. políticas salud* 2012; 11(22): 28-42.
 9. Castrillón M. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Invest. educ. enferm* 2008; 26(2): 114-21.
 10. Emmerick I, Chaves L, Marin N, Luiza V. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. *Hum Resour Health* 2014; 12: 34. DOI: 10.1186/1478-4491-12-34
 11. González B, Vidal M, Diego F. Experiencia cubana sobre el Diplomado en Promoción de Salud en el Campus Virtual de la Salud Pública. *Educación Médica Superior* 2013; 27(1): 12-24.
 12. Conde J, De S, Hall R, Johansen E, Meglan D, Peng G. Telehealth innovations in health education and training. *Telemed J E Health* 2010; 16(1): 103-6.
 13. Furniel A, Silva R. Virtual campus of public health: expanding access to knowledge and training in public health. *J. bras. Telessaúde* 2014; 3(2): 64-6.
 14. Ramos I, Alfaro N, Fonseca J, García C, González M, López M et al. El Campus Virtual de Salud Pública: seis años de formar recursos humanos en México. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 36(5): 342-7.
 15. Ettiene C. La eSalud: aprovechar la tecnología en el camino hacia la cobertura universal de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35(5/6): 317-9.
 16. Teklehaimanot H, Teklehaimanot A. Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Hum Resour Health* 2013; 11(1). DOI: 10.1186/1478-4491-11-39
 17. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2011; 13(6): 885-96.
 18. Pelayo M, Cebrián D, Areosa A, Agra Y, Izquierdo J, Buendía F. Effects of online palliative care training on knowledge, attitude and satisfaction of primary care physicians. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 37. DOI: 10.1186/1471-2296-12-37.
 19. Lamas M, Massié A, Quero E. Implementación de un aula virtual bajo la modalidad mixta: El Caso de Química Agrícola en la Universidad Nacional de Salta. *Form. Univ* 2010; 3(4): 3-12. DOI: 10.4067/S0718-50062010000400002.
 20. Del Moral M, Villaustre L. Didáctica universitaria en la era 2.0: competencias docentes en campus virtuales. *RUSC Universities and Knowledge Society Journal* 2012; 9(1): 36-50.

Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó (Cundinamarca. Colombia) bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud

Promoting healthy eating in community children's day care centers in the municipality of Sopo (Cundinamarca, Colombia) under the Primary Health Care strategy

Erwin Hernández-Rincón¹, Diego Severiche-Bueno²,
Diana Romero-Mayorga³, María López-Sánchez⁴,
Victoria Espitia-Franco⁵, Adriana Rodríguez-Mancera⁶

Resumen

Objetivo: Fortalecer hábitos saludables alimenticios en los hogares infantiles comunitarios y sus familias en el municipio de Sopó (Cundinamarca, Colombia) desde la Atención Primaria en Salud.

Metodología: Investigación-acción participativa realizada con 67 niños de 5 hogares comunitarios, sus madres comunitarias, padres de familia y administración municipal durante el segundo semestre de 2014, mediante el abordaje de 3 ejes: 1. Conociendo sobre alimentación saludable, 2. Motivando sobre alimentación saludable y 3. Articulando a la comunidad.

Resultados: Las madres comunitarias conocen la importancia de la alimentación saludable y el número de frutas y verduras que se deben consumir diariamente. Los padres de familia reconocen a sus hijos como agentes de cambios para mejorar la motivación en el hogar para el consumo de una alimentación saludable. Los niños han mejorado su consumo de frutas y verduras, aunque persiste la preferencia por alimentación no saludable. Por último, se pudo articular la propuesta con el sector salud y educación del municipio y se reconoció la importancia de trabajar colaborativamente para mejorar la salud de los niños.

Conclusiones: Los niños demostraron que son capaces de reconocer que las frutas y las verduras son componentes fundamentales en su dieta para estar sanos y fuertes; además

¹ Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS) de la Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

²⁻⁵ Estudiantes de último año, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía (Cundinamarca, Colombia). Teléfono: 8611555, ext. 23315. erwinhr@unisabana.edu.co

es importante resaltar que los niños se convirtieron en agentes de cambio respecto a la alimentación saludable en sus hogares involucrando a los padres y motivando a las madres comunitarias.

Palabras clave: preescolar, salud escolar, nutrición del niño, Atención Primaria de Salud, jardines infantiles.

Abstract

Onjetive: To strengthen healthy eating habits in community children's day care centers and their families in the municipality of Sopo (Colombia) from the Primary Health Care.

Methodology: Participatory Action Research conducted with 67 children of 5 community children's day care centers, their community mothers (teachers), parents and local government during the second half of 2014, by addressing three areas: 1. Knowing about healthy eating, 2. Motivating on healthy eating and 3. Articulating the community.

Results: The community mothers know the importance of healthy eating, and know the number of fruits and vegetables should be consumed daily. Parents recognize their children as agents of change to improve the motivation at home to eating a healthy diet. Children have improved their consumption of fruits and vegetables, although the preference for unhealthy diet persists. Finally it was possible to articulate the proposal with the health and education sectors of the municipality, recognizing the importance of working collaboratively to improve the health of children.

Conclusions: Children showed that they are able to recognize that fruits and vegetables are key components in your diet to be healthy and strong, it is also important to note that children become agents of change regarding healthy eating at home, involving parents, and motivating the community mothers.

Keywords: child, preschool, school health, child nutrition, Primary Health Care, child day care centers.

INTRODUCCIÓN

Los niños son seres singulares y seres de diversidad. El Estado, la familia y la sociedad deben reconocerlos como objetivo primordial del bienestar y desarrollo social (1). La inversión en los niños durante los primeros años produce efectos positivos para el país, las generaciones futuras y la sociedad (2). Si bien el desarrollo está presente durante todo el ciclo vital, se ha demostrado que existen momentos particularmente importantes que son ventanas de oportunidad para actuar en favor de la salud, la nutrición, el crecimiento, desarrollo y bienestar de los niños (1). En consecuencia, diferentes entidades y organizaciones han implementado programas para

garantizar su bienestar y adecuado desarrollo con programas desde la Salud Escolar (3).

La alimentación constituye el factor extrínseco más determinante en el crecimiento y el desarrollo del individuo durante la infancia. Los hábitos alimentarios y los estilos de vida se adquieren en los primeros años de vida y perduran a lo largo de esta (4). La importancia de iniciar el aprendizaje temprano de hábitos saludables reside en aprovechar la característica única de plasticidad cerebral, que destaca el periodo de formación y desarrollo del cerebro en los primeros años de vida, para modelar las vías nerviosas del comportamiento que ayudarán a proteger la salud (5). Uno de los beneficios de adoptar

tempranamente buenos hábitos alimentarios es la prevención de la mortalidad infantil y del adulto gracias a que disminuyen el riesgo de contraer enfermedades infecciosas agudas y enfermedades no transmisibles, como la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias (5-7).

A nivel mundial, la obesidad es considerada como una epidemia debido al sedentarismo actual de los niños y su mala alimentación, lo cual se ha vuelto un problema social en países del primer mundo. Sin embargo, en las últimas décadas en países de bajos y medianos ingresos se ha incrementado un fenómeno denominado “doble carga”, que consiste en que en una misma comunidad existen desnutrición y obesidad (8).

Colombia, igual que otros países de América Latina, enfrenta un problema de malnutrición generado por la persistencia de desnutrición y el incremento del sobrepeso y la obesidad (9).

Para reducir este tipo de enfermedades se ha demostrado que las intervenciones más costo-efectivas realizadas en los colegios han sido aquellas que involucran a la familia y tienen como objetivos marcadores de comportamiento en cambios en el conocimiento, actitudes y hábitos (10).

Por lo cual esta investigación tiene como objetivo fortalecer hábitos saludables en alimentación en los hogares comunitarios infantiles y sus familias en el municipio de Sopó desde la Atención Primaria en Salud (APS). El perfil epidemiológico de este municipio (2014) reporta incremento del sobrepeso y obesidad en niños de 1 a 11 años y de enfermedades cardiovasculares en adultos (11). Por lo tanto, el objetivo mencionado se fundamenta en beneficios a corto y a largo plazo, lo cual im-

plica una adecuada alimentación en niños de 2 a 5 años en un contexto de riesgo de enfermedades no transmisibles.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación cualitativa tipo investigación-acción participativa (IAP) en los hogares comunitarios de 5 veredas del municipio de Sopó con un grupo de trabajo de niños (n=67) entre 2 y 5 años, madres comunitarias (n=5), padres de familia (n=48) y la Alcaldía de Sopó, durante el segundo semestre de 2014.

La IAP es una metodología orientada a cambiar la situación de las personas partiendo de lo colectivo, la cual considera 2 etapas: la primera consiste en un diagnóstico para conocer la realidad de la comunidad, sus problemas y necesidades, y la segunda consiste en la intervención mediante la planificación y ejecución de acciones (12). La IAP admite el empleo de diversas técnicas cualitativas y cuantitativas, usando habitualmente entrevistas y técnicas grupales (13). Asimismo, la IAP es la base de la investigación en Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC), y se estructura en etapas de manera cíclica: conocer a la comunidad, elaboración del diagnóstico comunitario, definición de prioridades, implementación del programa, vigilancia, evaluación del programa y mejoramiento continuo (12,14-15).

De ese modo, inicialmente se estableció contacto con los hogares comunitarios, en donde se identificó de forma concertada y basados en diferentes fuentes de información la problemática en salud de la comunidad.

Las fuentes de información para definir las problemáticas se basaron en la revisión do-

cumental del municipio, entrevistas semiestructuradas (n=8) a madres comunitarias y funcionarios de la Administración municipal, y 2 grupos de discusión con la Administración municipal (n=6 funcionarios de salud, educación, y ludoteca).

Luego se consolidaron los datos recolectados y se identificó un total de 13 problemas. Con base en los problemas encontrados, de forma concertada con las madres comunitarias y la Administración municipal, se realizó la priorización con el método de Hanlon mediante un grupo de discusión (16), el cual permitió definir el principal problema que se iba a intervenir y consolidar una propuesta de mejoramiento para la “inadecuada implementación de alimentos saludables en niños entre 2 y 5 años.”

Con lo anterior se procedió a elaborar e implementar una propuesta de mejoramiento basada en 3 ejes (figura 1), involucrando a diferentes actores en el proceso (figura 2).

En esta propuesta de mejoramiento también se formularon meta y objetivos de la iniciativa, actividades por desarrollar, cronograma de trabajo e indicadores para hacer seguimiento de la propuesta, propuesta soportada en la revisión de la literatura referente al problema que se iba a intervenir (tabla 1).

La información de las actividades se recopiló mediante entrevistas semiestructuradas a todos los actores, mapas parlantes a los niños, encuestas a los padres de familia, observación participante de algunas actividades y grupos de discusión con la Administración municipal y madres comunitarias para socializar y validar la información. La información se organizó por categorías según los ejes (figura 1): apropiación del conocimiento por parte

de la comunidad, motivando la comunidad y articulación.

Para recolectar la información se diseñaron instrumentos basados en la literatura (ajustados según el tipo de actor) y en la resolución de preguntas según las categorías; además, cada investigador llevaba un diario de campo. Cada instrumento contó con un consentimiento informado.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a todos los actores para explorar la apropiación del conocimiento y motivación para adoptar hábitos saludables en alimentación; adicionalmente, al finalizar las actividades en niños y madres comunitarias se realizaron entrevistas a las madres comunitarias para realimentar el proceso. A los niños se les realizaron mapas parlantes antes y después de las actividades para explorar e ilustrar su conocimiento sobre frutas y verduras y su relación con hábitos alimenticios saludables. A los padres de familia se les enviaban encuestas con preguntas abiertas que indagaban sobre sus conocimientos sobre hábitos alimenticios y el seguimiento de los niños en casa. Adicionalmente se desarrollaban actividades lúdicas con los niños y mediante observación participante se recopilaba información sobre su apropiación y motivación.

La información recolectada fue organizada según las categorías y los diferentes actores (tabla 1), y mediante la realización de un grupo de discusión entre madres comunitarias (n=5) y personal de la Administración municipal (n=3) fue discutida y validada.

Para finalizar, se socializaron los resultados a la comunidad y se hicieron compromisos de mejoramiento continuo.

RESULTADOS

Participaron 67 niños pertenecientes a 5 hogares comunitarios, de los cuales 39 eran niños y 28 niñas, en un rango de edad de 1 a 5 años, y la mayoría tenía entre 3 y 4 años. Todos los niños reciben desayuno, refrigerio y almuerzo en los hogares comunitarios de lunes a viernes.

Tabla 1. Ejes de trabajo de la propuesta de mejoramiento

Eje de Trabajo	Metodología
Conociendo	<p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita a la huerta local, identificando las diferentes frutas y verduras del municipio. • Elaboración de fichas didácticas sobre frutas y verduras. <p>Madres comunitarias y padres de familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenidos sobre los beneficios de las frutas y verduras a partir de los fitoquímicos. • Desventajas de una dieta no saludable y su impacto en el desarrollo de enfermedades de tipo crónico no transmisible.
Motivando	<p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lúdicas sobre alimentación saludable (bailes, canciones, dibujos y juegos infantiles). <p>Madres comunitarias y padres de familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de los hábitos alimenticios de los niños.
Articulando	<p>Niños, madres comunitarias y padres de familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulación para el mantenimiento de lo aprendido. <p>Administración municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soporte en todo el proceso, principalmente secretarías de Educación y Salud. • Elaboración de guía para una alimentación saludable en conjunto con nutricionistas del municipio.

Apropiación del conocimiento por parte de la comunidad

Las madres comunitarias entendieron claramente lo relacionado con el número de frutas y verduras que se debe consumir al día, y tienen claro lo referente a las porciones de verduras. Adicionalmente, relacionan la obesidad con enfermedades como la diabetes y enfermedad cardiovascular.

Gran parte de los padres de familia posee conocimiento sobre los alimentos saludables (al respecto mencionaron “frutas, verduras, cereales, carnes, carbohidratos y lácteos”), sin embargo, otros padres consideran que los carbohidratos son parte de una dieta balanceada y desconocen el número de carbohidratos máximo que se debe consumir al día según la edad del niño. Asimismo, llama la atención que todos los padres manifestaron que les dan a sus hijos golosinas, “al menos un paquete diario”.

Se destaca que por intermedio de las actividades realizadas con los niños algunos padres aprendieron el número correcto de frutas y verduras. Asimismo, se pudo observar que otros padres mejoraron sus conocimientos respecto a los beneficios de las frutas y verduras.

Mi hijo dice que ahora come ensalada porque es buena para los huesos...

*

Comer sano los hace crecer más.

Los padres reconocen la importancia de tener como hábito la comida saludable y creen pertinente empezar esta educación en sus hogares. Se debe reconocer que algunos ya conocen e intentan implementar hábitos de alimentación saludable en sus casas.

Mi hijo come frutas todos los días antes del desayuno y verduras al almuerzo...

*

En mi casa, las verduras son obligatorias...

En general, la mayoría de padres de familia reconoce qué es una dieta saludable, ya que saben que esta se basa en el consumo de frutas y verduras, pero tienen dificultad para identificar consecuencias específicas que puede acarrear no tener una alimentación saludable.

La mayoría de los niños sabe sobre los beneficios que ofrece una alimentación saludable, rica en frutas y verduras, y relacionan a un niño sano, fuerte, activo y feliz con el consumo de frutas y verduras, y se destaca la identificación de alimentos de la región. Asimismo, los niños reconocen que las bebidas azucaradas y los alimentos procesados se relacionan con enfermedades. Por lo tanto, logran diferenciar la comida saludable de la comida rápida, reconociendo sus beneficios o consecuencias negativas.

Las frutas son buenas porque me hacen crecer... Debemos comer frutas para ser sanos y fuertes...

*

Para no enfermarnos tenemos que comer frutas... Las papas y las gaseosas enferman.

Mediante la dinámica grupal con padres de familia se pudo confirmar que los niños no solo aprendieron sino que fueron educadores, ya que algunos de ellos replicaron la información en sus hogares y generaron cambios positivos en los mismos.

Mi nieta llegó diciendo que toca comer 5 veces frutas y verduras al día.

*

A mi hijo no le gustaban las verduras, pero un día llegó diciendo que se había comido la ensalada porque lo hace más grande.

*

Mi hija llegó diciendo que no deberíamos tomar gaseosa, porque la gaseosa me pone gorda y los paquetes; ya no le gustan los paquetes como antes.

Motivación de la comunidad

Involucrando a las madres comunitarias en todas las actividades realizadas con los niños y permitiendo su participación en la toma de ciertas decisiones se logró motivarlas para que implementaran una dieta saludable tanto en los hogares comunitarios como en sus hogares. Reconocieron que no se alimentan saludablemente y manifestaron su interés por iniciar una dieta saludable. La mayoría de madres comunitarias mencionó lo importante que era hacer actividades de alimentación saludable con los niños.

Los padres de familia manifestaron que han mejorado su motivación, derivada del aprendizaje evidenciado por sus hijos. Informaban que sus hijos llegaban con aportes y comentarios sobre la importancia de la dieta saludable, el consumo de frutas y verduras y las consecuencias de la comida no saludable. Comentaron que sus hijos los motivaron a reflexionar sobre el consumo de alimentos sanos y no sanos.

A mi marido no le gustan las verduras, uno no las hace para que no haga mala cara, pero como a mi hijo le gustan las verduras, él ya se las trata de comer.

Inicialmente, durante la exploración en los hogares comunitarios se observó que los niños tenían un mayor interés por el consu-

mo de golosinas que por frutas y verduras. Posterior a las actividades y visita a la huerta mejoraron su motivación hacia las frutas y verduras, aunque con persistencia a las golosinas. Algunos niños que tienen huerta en la casa mostraron un mayor interés en el consumo de frutas y verduras.

La motivación de los niños desde la visión de los padres de familia.

Refirieron que ahora los niños comen más frutas y verduras que antes; algunos expresaron que desde ahora a los niños empezaron a gustarles las verduras.

Cuando le estoy dando la verdura me dice que eso sirve para los huesos, ¿cierto mama?

*

La verdura le empezó a gustar.

Los papás refirieron que el consumo de comida no saludable en algunos ha disminuido pero en otros sigue igual.

Si los niños dicen que los paquetes son malos, no les vuelvo a comprar.

Pero los niños sí saben la diferencia entre golosinas y frutas y verduras.

Los niños sí dicen que son malos, pero lo primero que hacen cuando los llevo a una tienda es comer dulces.

Articulación

Se impulsó la participación de distintos sectores del municipio, y se contó con apoyo del sector de salud (coordinadora en salud pública, promotora de salud) y del sector de educación (coordinadora de infancia, nutricionista y directora de ludoteca y coordinador

de educación física); sectores que manifestaron su interés en la primera infancia, en el fortalecimiento de los hogares comunitarios y la importancia de la articulación entre sectores para trabajar en conjunto en los diferentes proyectos dirigidos a esta población.

Se considera la importancia en el trabajo con los hogares comunitarios, ya que es allí donde se encuentran las personas más pequeñas de la sociedad, las que se confían al cuidado de personas extrañas a la familia, son las posiblemente más vulnerables y son ellos los que serán agentes de cambio.

Se pudo concertar sobre la importancia de los hábitos saludables en la primera infancia y el impacto que tienen estos en el desenlace de problemas de malnutrición en el municipio. Y se llegó al acuerdo de trabajar en contenidos sobre alimentación saludable debido al incremento de obesidad en la población. El sector de educación manifestó interés en fortalecer estos contenidos en los hogares comunitarios, jardines, escuelas y colegios.

Se encuentra pertinente motivar hábitos de vida saludable en la comunidad, ya que con esto se lograría atacar el sobrepeso y la obesidad detectados en las instituciones educativas...

Por su parte, el sector de salud reconoció que falta una mayor articulación con el sector educación para el trabajo conjunto con los hogares comunitarios, que su participación está limitada a las capacitaciones a las madres comunitarias. También manifestó su preocupación por la falta de participación y compromiso por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) con las actividades que se desarrollan en los diferentes proyectos enfocados en la primera infancia.

DISCUSIÓN

Las estrategias e inversiones en la primera infancia están dirigidas hacia la potenciación en las áreas de salud, nutrición, desarrollo cognitivo y desarrollo psicosocial. Los impactos positivos en las intervenciones para la primera infancia han demostrado mejorar el rendimiento durante esta y, por tanto, resulta un determinante esencial en el desempeño a futuro de esta población (1-2,17). Estas áreas se integraron a lo largo del trabajo, dando un enfoque en salud a partir de la prevención primordial, la nutrición y su papel en la alimentación saludable (7). El desarrollo cognitivo en la apropiación de conceptos partiendo de la música, el juego, la estimulación y la enseñanza. El desarrollo psicosocial fundamentado en la motivación y la acción comunitaria. De esta manera, se evidencia que las estrategias diseñadas en el fortalecimiento de hábitos saludables en los niños y niñas constituyen un horizonte de bienestar y futuro.

La metodología “investigación-acción participativa” permitió vincular directamente a la comunidad, y se logró que participaran en cada una de las etapas de la investigación; y tuvo una participación adecuada y una intersectorialidad que permitió generar un vínculo y reflexión entre los principales actores, lo cual es uno de los aspectos más importantes (10,12,18).

La dinámica de realizar visitas a huertas para lograr un contacto directo entre los niños y las frutas y verduras, como lo mencionó Heim (19), y usar música como medio para cambiar los hábitos alimenticios en los niños, como menciona Fretes (20) fueron estrategias que permitieron modificar los hábitos de los niños, además de despertar el interés y lograr

una aceptación y participación adecuada por todos los actores. Además, la implementación de juegos, como lo indica Piziak (21), también demostró ser una dinámica adecuada para generar un impacto en los niños y conseguir que se apropiaran del conocimiento sobre la relación entre consumo de frutas y verduras y el estar sanos.

Los profesores juegan un rol importante como agentes de cambio del estilo de vida, principalmente durante edades tempranas (3-5 años), mediante la implementación de programas de educación en salud integral (dieta, ejercicio, conocimiento del cuerpo humano y manejo de emociones), cuyo objetivo es el inicio de un estilo de vida adecuado y que se preserve hasta la edad adulta, lo cual favorecería la prevención de enfermedades crónicas (22). Por esto, las madres comunitarias son educadores y uno de los principales actores de este proyecto; quienes deben ser líderes en su comunidad debido a la responsabilidad del cuidado de los niños en los primeros años de vida y de la educación en hábitos saludables.

Se resalta que los niños conviven 40 horas semanales en los hogares comunitarios desde el primer año de vida hasta los cinco; por este motivo es relevante la implementación de manera temprana de un programa enfocado en educación sobre estilos de vida en esta población.

La familia es la base fundamental de la sociedad, y los padres son el primer ejemplo de los hijos; motivo por el cual es fundamental realizar procesos de aprendizaje en ellos, para que incrementen su conocimiento y se logren mejorar conductas que incidirían positivamente en el estado de salud de la comunidad; lo cual llevaría a inculcar estos

hábitos saludables en los niños desde el hogar, aprovechando la importancia de la familia como agente protector de la salud (23).

También se pudo observar la capacidad que tienen los niños influenciar los hábitos alimenticios de sus padres, lo cual demuestra la capacidad de transmisión que tienen los niños con respecto al entorno donde se encuentran.

Invertir en los niños, especialmente en edades tempranas, genera múltiples beneficios en diferentes aspectos; siendo uno de ellos la salud, ya que es durante los primeros años de vida que se crean las bases fisiológicas para una buena salud (24). Asimismo, es en edades tempranas en las que se adquieren los hábitos de vida que persisten hasta la adultez (25). Por ello, fomentar hábitos de alimentación saludable en los niños de 2 a 5 años reviste una gran importancia, y los resultados conseguidos respecto a conocimiento y motivación para implementar una dieta saludable por parte de los niños demuestran un cambio favorable, ya que los niños, especialmente entre 3 y 5 años, demostraron que reconocen que el consumo de frutas y verduras se asocia a niños sanos; lo cual coincide con lo encontrado en estudios similares, en los que se demostró que intervenciones de 2 meses en niños y adolescentes son suficientes para mejorar los conocimientos sobre nutrición (26-27).

Asimismo, se evidenció que los niños permitieron involucrar a sus padres, lo cual generó mayor motivación y aceptación en la adquisición de una dieta saludable, entendida como el consumo de 5 porciones de frutas y verduras al día, consumo de agua y baja ingesta de bebidas azucaradas y paquetes. Si estos cambios generados persisten en el tiempo, se puede contribuir a modificar la

exposición a factores de riesgo cardiovascular basado en alimentación, como lo menciona Castellanos (25), presentando el enfoque de prevención primordial que se tuvo en cuenta para la realización del proyecto.

Experiencias en Colombia han mostrado la importancia del papel de la familia y las redes de apoyo social en la formación sobre alimentación y nutrición de los niños, trabajando en niños, profesores y padres en estudios realizados en Medellín y el Caribe (28-29). Otro estudio en Pereira sobre hábitos alimentarios y pautas culturales en niños mostró en las familias que el grupo de alimentos de menor consumo es las verduras y el de mayor consumo leches y derivados (30).

CONCLUSIÓN

Los niños preescolares demostraron que son capaces de reconocer que las frutas y las verduras son componentes fundamentales en su dieta para estar sanos y fuertes; además, es importante resaltar que los niños se convirtieron en agentes de cambio respecto a la alimentación saludable en sus hogares involucrando a sus padres, y lograron un aumento en el consumo de frutas y verduras en lugar de comida procesada y refrescos.

En relación con los padres de familia y madres comunitarias, estos demostraron que están motivados con la ayuda de los niños para mejorar el consumo de frutas y verduras, lo cual resalta la importancia de actores de soporte para la sostenibilidad de iniciativas en salud.

Agradecimientos: Se agradece a la Administración municipal de Sopó y sus diferentes dependencias y a los hogares comunitarios por el apoyo suministrado.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad de La Sabana.

REFERENCIAS

1. Presidencia de la República de Colombia. Estrategia de atención integral a la primera infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión, Bogotá, D. C.: Presidencia de la República; 2013.
2. Torres N, Orozco C. Colombia y sus Compromisos con la Primera Infancia. *Revista PALOBRA* 2013; 12(12): 236-49.
3. Camargo C, Pinzón G. La promoción de la salud en la primera infancia. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional* 2012; 60 (Supl 1): 62-74.
4. Díaz A, Chingaté N, Muñoz D, Olaya W, Perilla C, Sánchez F et al. Desarrollo sostenible y el agua como derecho en Colombia. *Revista Estudios Socio-Jurídicos* 2009; 11(1): 84-116.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Informe Técnico de Grupo de Expertos, Report n° 916; Ginebra: OMS; 1990.
6. Faith M. Eating Behaviour in Studies of Child Growth, Development and Health – Measure Precisely, Early and in Context [en línea]. *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2013 [fecha de acceso: 15 de abril de 2015]. URL disponible en: HYPERLINK <http://www.child-encyclopedia.com/child-nutrition/according-experts/eating-behaviour-studies-child-growth-development-and-health>
7. Sánchez M. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Pediatr* 2011; 67(4): 223-9.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Por qué son importantes el sobrepeso y la obesidad infantiles? [en línea]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [fecha de acceso: 15 de abril de 2015]. URL disponible en: HYPERLINK "http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/es/".
9. Neufeld L, Rubio M, Pinzón L, Tolemino L. Nutrición en Colombia: estrategia de país 2011-2014. Notas Técnicas, Report n° 243. Bogotá, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2010.
10. Katz D. School-based interventions for health promotion and weight control: not just waiting on the world to change. *Annu Rev Public Health* 2009; 30: 253-72. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100307.
11. Secretaría de Salud de Sopó. Plan de Intervenciones Colectivas, Informe. Sopó: Alcaldía de Sopó; 2014.
12. Gavilán E, Jiménez L, Olivero F. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina. *Atención Primaria* 2006; 37(9): 514-16. DOI: 10.1157/13089095
13. Montero M. *Hacer para transformar: El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós; 2006.
14. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(2/3): 177-85. DOI: 10.1590/S1020-49892007000200012
15. Lamus F, Correal C, Hernández E. Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. *Salud Uninorte (Barranquilla, Col)* 2015; 31(2): 424-34 DOI: /dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4309
16. Rodríguez F, López F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Semergen* 2004; 30(4): 180-9.
17. Bernal R, Camacho A. La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia. Bogotá, D. C.: Universidad de los Andes - CEDE; 2010.
18. Hernández J, Paredes J. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria* 2014; 46(1): 40-7. DOI:10.1016/j.aprim.2013.07.006

19. Heim S, Stang J, Ireland M. A Garden Pilot Project Enhances Fruit and Vegetable Consumption among Children. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1220-6. DOI: 10.1016/j.jada.2009.04.009.
20. Fretes G, Salinas J, FV. Efecto de una intervención educativa sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños preescolares y escolares. *Arch Latinoam Nutr* 2013; 63: 37-45.
21. Piziak V. A pilot study of a pictorial bilingual nutrition education game to improve the consumption of healthful foods in a head start population. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(4): 1319-25. DOI: 10.3390/ijerph9041319.
22. Peñalvo J, Santos G, Sotos M, Martinez R, Rodriguez C, Franco M et al. A cluster randomized trial to evaluate the efficacy of a school-based behavioral intervention for health promotion among children aged 3 to 5. *BMC Public Health* 2013; 13: 656. DOI: 10.1186/1471-2458-13-656.
23. Salinas J, F. V. Programas de Salud y Nutrición sin Política de Estado: El Caso de la Promoción de Salud Escolar en Chile. *Rev Chil Nutr* 2011; 38(1): 100-16. DOI:dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000200001
24. Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES). Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la Primera Infancia". Documento Conpes Social, Report n° 109. Bogotá, D. C.: Departamento Nacional de Planeación; 2007.
25. Castellano J, Peñalvo J, Sameer B, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Rev Esp Cardiol* 2014; 67(9): 731-7. DOI: 10.1016/j.recesp.2014.03.012
26. Eun S, Na S, Eun J, Hae P, Hong M, Kyung S. A study on nutrition knowledge and dietary behavior of elementary school children in Seoul. *Nutr Res Pract* 2008; 2(3): 308-16. DOI: 10.4162/nrp.2008.2.4.308
27. Vásquez F, Andrade M, Rodríguez M, Salazar G. Efecto de un programa de educación nutricional en el consumo de energía y macronutrientes de preescolares asistentes a jardines infantiles Junji de la zona oriente de Santiago de Chile. *Arch. latinoam. Nutr* 2008; 58(3): 241-8.
28. Restrepo S. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología* 2005; 19(36): 127-48.
29. Alvis L, Gómez E, Alvis J, Alvis N, Flórez E. Aprendizajes pedagógicos de la estrategia educativa Lectores Saludables. *Educ. Educ* 2013; 16(1): 25-40. DOI: 10.5294/edu.2013.16.1.2
30. López Castro M, Yepes Giraldo HF, Beltrán Cifuentes MC, Cardona Lancheros JE. Consumo de alimentos en niños y niñas de 6 a 10 años de edad. Instituciones educativas públicas y privadas. Pereira Urbano. 2006. *Investigaciones Andina* 2007; 9(14): 27-42.

Atención Primaria en Salud y Redes Integradas en una institución de salud de primer nivel, Tauramena (Casanare, Colombia): propuesta de Mejoramiento

Proposal to Improve Primary Health Care and Integrated Health Services Delivery Networks in a primary care level, Tauramena (Casanare, Colombia)

María Rodríguez-Pérez¹, Erwin Hernández-Rincón²

Resumen

Este artículo realiza la reflexión y presenta la propuesta de mejoramiento en Atención Primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) del municipio de Tauramena (Casanare, Colombia), como parte del proceso de formación en APS y RISS en Colombia 2014-15. Inicia con la revisión teórica de APS y RISS y especifica su relación con la normativa en salud en Colombia; posteriormente se describe la situación de Tauramena, de la cual resulta una propuesta de mejoramiento en salud; al finalizar se presentan las conclusiones y recomendaciones de la propuesta. La propuesta de mejoramiento en APS para Tauramena se formuló en 7 ejes: 1. Diagnóstico, 2. Participación comunitaria, 3. Formación en APS y RISS, 4. Liderazgo en salud, 5. Servicios de Salud, 6. Vigilancia y evaluación, y 7. Apoyo de la comunidad y líderes políticos. Se concluye que Tauramena tiene las condiciones políticas para impulsar iniciativas basadas en APS, y se recomienda fortalecer las RISS, la participación de la comunidad y el acercamiento de diversos actores para el desarrollo óptimo de la APS.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, servicios básicos de salud, redes comunitarias, acción intersectorial, planificación de instituciones de salud.

Abstract

This article makes reflection and presents the proposal to improve Primary Health Care (PHC) and Integrated Health Service Delivery Networks (IHSDNs) in Tauramena (Colombia), as part of the training process in PHC and IHSDNs in Colombia 2014-15. The article begins

¹ Enfermera, epidemióloga. Hospital Local de Tauramena ESE, Casanare (Colombia).

² Profesor del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), de la Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia).

Correspondencia: María Eunice Rodríguez Pérez. Hospital Local de Tauramena ESE, Casanare (Colombia). mariaeunicerp@yahoo.es

with a theoretical review of PHC and IHSDNs and its relationship to specific legislation on health in Colombia, then describes the situation of Tauramena, generating a proposal to improve health, to finalize the conclusions and recommendations described of the proposal. The proposed to improve PHC in Tauramena was formulated in 7 axes: 1. Community diagnosis, 2. Community Participation, 3. Training in PHC and IHSDNs, 4. Leadership in health services, 5. Health services, 6. Monitoring and evaluation, and 7. Support of community and political leaders. Its concludes that Tauramena has the political conditions for promoting initiatives based on PHC, recommended strengthening the participation of the community, functional IHSDNs and integration of many actors for the optimal development of the PCH.

Keywords: Primary Health Care, basic health services, community networks, intersectoral action, health facility planning.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria en Salud (APS) fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 como

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, durante todas y cada una de las etapas de sus desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (1).

En 2008 se realizó la revisión de la definición de APS y se incluyó la equidad en salud, la promoción de la salud en las comunidades, sistemas de salud centrados en las personas y liderazgo de las autoridades sanitarias (2, 3).

En 2011 Colombia introdujo la APS como parte del enfoque de su sistema de salud mediante la Ley 1438, y define como objeto

el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un

ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo... (4).

Y destaca entre los principios del sistema la corresponsabilidad, la intersectorialidad y la prevención.

A su vez, la Ley 1438 considera a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como un elemento de la APS que debe ser considerado para Colombia. Considerando a las RISS como el "conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios de salud individuales o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos y a una población definida, conforme a la demanda" (4-6).

Por lo anterior, este artículo realiza la reflexión y presenta la propuesta de mejoramiento del hospital de Tauramena bajo un abordaje de APS, consecuencia del proceso de formación en APS y RISS en Colombia durante 2014-15.

CONTEXTO

El municipio de Tauramena, ubicado en el departamento de Casanare, cuenta con 17 996 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social -, lo que equivale al 94,5 % del total de la población, de la cual el 60 % se encuentra afiliada al régimen subsidiado. Tauramena tiene dos instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de consulta externa, dos consultorios

médicos privados y el hospital local de Tauramena, el único que presta servicios de atención extramural, hospitalización y urgencias (7).

Este municipio formuló para el sector salud en su Plan de desarrollo 2012-2015 ("Cree y trabaja en el cambio") la articulación a través de cada uno de los componentes en los diferentes sectores municipales, mediante el logro de las políticas públicas de promoción y prevención enfocados en APS (tabla 1).

Tabla 1. Elementos de la APS en el Plan de desarrollo de Tauramena

Elementos de APS en el Plan de desarrollo 2012-15

- Desarrollo integral.
 - Promoción de acceso a los servicios de salud.
 - Identificación de factores de riesgo.
 - Transformación de cambios saludables.
 - Disminución de la frecuencia de enfermedades prevenibles en la población.
-

La Administración municipal desarrolla las actividades del plan local de salud a través de contratos interadministrativos con el hospital, el cual con estos recursos forma equipos interdisciplinarios para el desarrollo del mismo, con médicos, enfermeras, bacteriólogos, odontólogos, terapeutas respiratorios y físicos, además de sicólogos, trabajadores sociales y el equipo de apoyo con auxiliares de salud y vacunadores, desplazándose a cada una de las veredas, barrios, instituciones educativas, centros de recuperación integral, jardines infantiles, hogares de bienestar y centro día de la tercera edad.

Equipos interdisciplinarios que han logrado cumplir con las metas y las coberturas en los diferentes programas de salud, además de la disminución de enfermedades prevenibles en la población infantil y disminuir casos de

enfermedades transmitidas por vectores (ETV) con la realización de campañas de erradicación de vectores.

Las acciones se realizan durante el contrato y no se cuenta con la complementariedad de las empresas promotoras de salud (EPS) para la continuidad del manejo del paciente cuando requiere manejo asistencial o remisión, por lo cual las personas deben hacer nuevamente el trámite de solicitud de cita con el médico y en la institución referida por esta para el tratamiento requerido; debido a ello se presenta la desarticulación de las acciones de salud pública del municipio con las acciones del plan obligatorio de salud de las EPS y de las obligaciones contractuales que las IPS deben realizar con la población afiliada, lo cual afecta al paciente; más si se tiene como referencia que con los programas del plan local de salud se llega a los lugares donde los usuarios no tienen acceso a las instituciones de salud por las condiciones geográficas y de localización de la población.

Aunque el plan territorial de salud del municipio apunta a mejorar las condiciones de salud de la población y se realiza el estudio, evaluación y diagnóstico de las condiciones generales de la misma y son insumos valiosos para las diferentes secretarías de la Administración municipal para realizar los planes de inversión en vivienda, vías, desarrollo económico, programas sociales, educación, cultura y deporte, entre otros, resulta lamentable que no ocurra lo mismo con el sector salud y se puedan realizar acciones conjuntas de salud pública y el plan obligatorio de salud tanto subsidiado como contributivo, que permitan la continuidad y faciliten una atención en salud articulada para el beneficio de la población (8).

PROPUESTA MEJORAMIENTO DE TAURAMENA

Según lo explicado, se debe iniciar la sensibilización de la comunidad, líderes políticos, profesionales y trabajadores del sector salud, gremios y empresarios, instituciones promotoras de salud, entre otras, para garantizar la atención inicial de salud de la población, fortaleciendo la educación, promoción y prevención de la salud, y que estas acciones se articulen con el sistema de salud del municipio, para garantizar el acceso al servicio de salud con equidad, al ir a cada lugar del municipio, evaluar las condiciones de salud de la comunidad, los determinantes sociales que puedan incidir en los factores de riesgos que afecten la salud, intervenir con el apoyo de los diferentes sectores para disminuir o

eliminar los riesgos, iniciar la educación, promoción y prevención a la comunidad; a su vez, garantizar que cada persona tenga continuidad en el proceso de atención sin interrupciones, y se articule a las diferentes instituciones de salud y niveles de atención el manejo de cada persona hasta su recuperación y rehabilitación y que la familia haga parte de este proceso, liderando, cuando le corresponda, los cambios necesarios para disminuir o eliminar los factores de riesgo (9, 10).

Por lo señalado, la ruta crítica para el plan de mejoramiento que permita continuar y gestionar el proceso de cambio para el modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS en el hospital local de Tauramena contempla 7 ejes (figura 1):



Figura 1. Ejes de la propuesta de mejoramiento de APS en Tauramena

1. *Diagnóstico* (10): se debe partir del diagnóstico de la situación de salud, incluido el diagnóstico de salud de la población, para caracterizar las necesidades de la población. Además de incluir el actual proceso de atención de salud y la relación de las acciones de salud pública, atención de primer nivel en el municipio y la atención de segundo y tercer nivel, la articulación institucional para el seguimiento y atención del paciente, familia y comunidad.
2. *Participación comunitaria* (11): inclusión de la población organizada y en general en la sensibilización de la APS y RISS, como parte fundamental en la ruta para el mejoramiento de los servicios de salud en el municipio de Tauramena.
3. *Capacitación y sensibilización* (12): formación en APS y RISS a los profesionales de salud del municipio, trabajadores de salud, administrativos, profesionales de apoyo de la Secretaría de Salud del departamento y de la Alcaldía.
4. *Liderazgo en salud* (13, 14): proceso liderado por el hospital local de Tauramena ESE; crear con los líderes de los diferentes sectores sensibilizados y capacitados la propuesta del modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS en el municipio, como base e inicio de una gestión en el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud a la comunidad.
5. *Participación del sector salud* (15): con el apoyo de la Secretaría de Salud departamental, como ente de vigilancia y control del departamento, la Secretaría de Desarrollo Social, instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio, las empresas promotoras de salud y el hospital de Yopal, como institución de salud de segundo y tercer nivel de referencia, para establecer y organizar la propuesta de cambio para el modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS en el municipio de Tauramena.
6. *Vigilancia y evaluación* (16, 17): conformar un equipo para la vigilancia y evaluación del modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS en el municipio para la retroalimentación y ajustes del mismo.
7. *Apoyo comunidad y líderes políticos* (18, 19): presentar ante la comunidad en general y los líderes políticos del municipio este modelo de atención basado en APS y la implementación de las RISS en el mismo como la propuesta creada por la comunidad, gremios, las instituciones de salud del municipio y de la región, con el apoyo de la Secretaría de Salud del departamento, como el modelo de atención de salud que garantiza la excelencia y satisfacción en los servicios de salud.

Propuesta de mejoramiento que inicia con el diagnóstico y la formación en APS y RISS en el primer semestre de 2015, y continúa con los otros ejes en el segundo semestre, y con la vigilancia y evaluación desde 2016 hasta que se considere otra propuesta.

Por último, para garantizar el fortalecimiento y continuidad del modelo propuesto se debe contar con el apoyo y compromiso del Gobierno municipal, incluyéndolo en las propuestas de salud de los planes de salud pública territorial, que permita, por un lado, la financiación y puesta en marcha del modelo como estrategia de salud pública dentro del marco de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y que a su vez se acople con las RISS del departamento del Casanare como estrategia del departamento y de la Oficina de Calidad y Prestación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud departamental.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde 1978 hasta la inclusión en Colombia de la APS se resalta la necesidad de avanzar en servicios de salud fundamentales, y que puedan superar las barreras de acceso a los servicios de salud y resuelvan las inequidades en salud (20, 21). Tauramena ha incluido en su plan de desarrollo a la APS como elemento central, identificando las barreras de acceso y limitantes para la equidad en salud; es por eso que el plan de mejoramiento busca incrementar la participación comunitaria y la intersectorialidad, como también el liderazgo del sector salud, para así poder superar esos desafíos.

El fortalecimiento de las RISS favorece a la capacidad resolutoria de los servicios de salud, elemento fundamental de la APS (22). El municipio de Tauramena debe avanzar en disminuir la inoperancia de las redes, la cual es consecuencia de aspectos modulares del sistema (5, 23), promoviendo una articulación real entre los actores prestadores de servicios de salud (24).

Por otro lado, la propuesta de mejoramiento en APS en el municipio de Tauramena contempla 7 ejes fundamentales, los cuales son coherentes con los referentes teóricos sobre el tema (9, 10). Se destaca que la propuesta se articula con las políticas públicas del municipio, y su planteamiento busca integrar al mayor número de actores y a la comunidad, elementos mínimos para una iniciativa basada en APS (1).

Para finalizar, se resalta el interés del municipio de Tauramena por considerar a la APS necesaria para su municipio, sin embargo, se debe trabajar para involucrar y garantizar

la permanencia y continuidad de la comunidad y de diversos actores en el proceso de ejecución y seguimiento de la iniciativa, principalmente a actores de salud con intereses diversos y contrarios a la APS, ya que lo anterior garantiza el posicionamiento y cambio a largo plazo (25).

Conflicto de interés: ninguno.

Financiación: como parte del trabajo final del Diplomado en Atención Primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) 2014-15.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma Ata. Declaración. Alma Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978.
2. Brommet A, Lee J, Serna J. Atención primaria: una estrategia renovada. *Colomb. méd.* 2011; 42(3): 379-87.
3. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutoria de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios. *Medwave* 2012. DOI: 10.5867/medwave.2012.11.5571
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. Ley. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2011.
5. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2012; 14(5): 865-77.
6. Ocampo Rodríguez MV, Betancourt Urrutia VF, Montoya Rojas JP, Bautista Botton D. C. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. gerenc. políticas salud* 2013; 12(24): 114-29.
7. Municipio de Tauramena. Plan Integral de Desarrollo Municipal 2012-2015: Echando p'adelante; 2012.

8. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Agricultura, DNP. Manual de gestión territorial, estrategia entornos saludables; 2009.
9. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(2/3): 177-85. DOI: 10.1590/S1020-49892007000200012
10. Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-Oriented Primary Care in Action: A Dallas Story. *Am J Public Health* 2002; 92(11): 1728-32.
11. Baatiema L, Skovdal M, Rifkin S, Campbell C. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 233. DOI: 10.1186/1472-6963-13-233
12. Vachon B, Désorcy B, Camirand M, Rodrigue J, Quesnel L, Guimond C et al. Engaging primary care practitioners in quality improvement: making explicit the program theory of an interprofessional education intervention. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 106. DOI: 10.1186/1472-6963-13-106
13. Hana J, Kirkhaug R. Physicians' leadership styles in rural primary medical care: how are they perceived by staff? *Scand J Prim Health Care* 2014; 32(1): 4-10. DOI: 10.3109/02813432.2013.874083
14. Donahue K, Halladay J, Wise A, Reiter K, Lee S, Ward K et al. Facilitators of transforming primary care: a look under the hood at practice leadership. *Ann Fam Med* 2013; 11(Supl 1): S27-33. DOI: 10.1370/afm.1492
15. Baum F, Legge D, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley G. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health* 2013; 13: 460. DOI: 10.1186/1471-2458-13-460
16. Kiran T, Victor J, Kopp A, Shah B, Glazier R. The relationship between primary care models and processes of diabetes care in Ontario. *Can J Diabetes* 2014; 38(3): 172-8. DOI: 10.1016/j.jcjd.2014.01.015
17. Lawless A, Freeman T, Bentley M, Baum F, Jolley G. Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities. *BMC Fam Pract* 2014; 15: 99. DOI: 10.1186/1471-2296-15-99
18. Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Med Gen Integr* 2007; 23(3).
19. Hills M, Mullet J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(2/3): 125-35.
20. Labonté R. Health Systems Governance for health equity: critical reflections. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.) 2010; 12 (Supl 1): 62-76.
21. Trad L, Castellanos M, Guimarães M. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6): 1007-13. DOI: 10.1590/S0034-89102012000600010
22. López P, García AJ, Segredo AM, Alonso L, Santana A. Procedimiento para medir la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud. *Rev Cub Salud Pública* 2014; 40(4): 249-62.
23. Franco A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. gerenc. políticas salud* 2012; 11(22): 28-42.
24. Silva S. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(6): 2753-62.
25. Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkiner A, Sterman-Heimann L, Riveros MI et al. Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Rev Salud Pública* (Bogotá, D. C.); 12 (Supl 1): 77-88.

Presentaciones a congresos

Reunión técnica: La misión social de la educación médica para alcanzar equidad en salud (Brasil, 2014).



Ponencias en el 9no Congreso Internacional de Salud Pública – Salud Pública y Desarrollo: Visiones y Alternativas (Colombia, 2015).





La Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Certifica que

La investigación

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN COLOMBIA ORIENTADO A LA COMUNIDAD Y A NIVEL ORGANIZACIONAL.

Autores:

Erwin Hernando Hernández, Gloria Robles, Carmen Lucía Jaramillo, Francisco Lamus, María Concepción Carratalá, Domingo Orozco.

Se presentó en modalidad

Oral

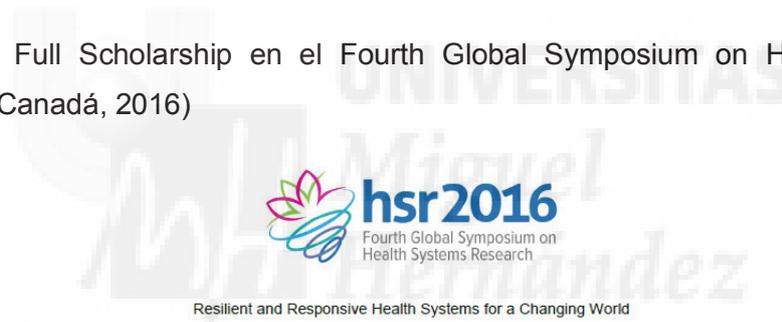
en el **9º CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA "SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO: VISIONES Y ALTERNATIVAS"**

Realizado los días 19, 20 y 21 de agosto de 2015 en Medellín, Colombia.


Álvaro Olaya Peláez
Decano


Luis Eliseo Velásquez Londoño
Presidente del Congreso

Ponencia y Full Scholarship en el Fourth Global Symposium on Health Systems Research (Canadá, 2016)



Fourth Global Symposium on Health Systems Research

Certifies that

Erwin Hernando Hernández Rincón

was awarded a participation scholarship to assist with his expenses associated with attending the symposium.

Health Systems Research 2016
Vancouver, Canada • November 14th - 18th, 2016




George Gotsadze
HSG Executive Director





Resilient and Responsive Health Systems for a Changing World

Fourth Global Symposium on Health Systems Research

Certifies that

Erwin Hernando Hernández Rincón

Presented the following abstract

**Inclusion of the Equity Focus and Social Determinants of Health in
Healthcare Education Programmes in Colombia: a Qualitative Approach.**

On the day of

Thursday, November 18th, 2016

**Erwin H Hernandez-Rincon, Juan P Pimentel-Gonzalez,
Domingo Orozco-Beltran and Concepcion Carratala-Munuera**
Health Systems Research 2016
Vancouver, Canada • November 14th - 18th, 2016



G. Gotsadze
George Gotsadze
HSG Executive Director

