



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE**

www.orasconhu.org

CONSULTORÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN DE LOS AVANCES EN LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LOS PAÍSES AFILIADOS AL ORAS

JUAN CARLOS MORALES RUIZ M.D.

INDICE

RECONOCIMIENTOS	4
RESUMEN EJECUTIVO	6
1. MARCO TEÓRICO	14
1.1. Atención Primaria de Salud	14
1.1.1. Evolución histórica	14
1.1.2. Enfoques y conceptos	24
1.2. Sistemas de salud basados en APS	28
1.3. Formación de Talento Humano en APS	34
1.3.1. Consideraciones generales	34
1.3.2. Competencias de los equipos de APS	36
1.3.3. Perfiles y competencias de los profesionales de la medicina en APS	40
1.4. Perfiles y competencias de los profesionales de la enfermería en APS	42
2. METODOLOGÍA	45
3. RESULTADOS	48
3.1. Incorporación de la estrategia de APS a la formación de talento humano en medicina y enfermería: La perspectiva de las Direcciones de Talento Humano en Salud	49
3.2. Incorporación de la estrategia APS a la formación de talento humano en enfermería	59
3.2.1. Análisis de información disponible en la red	59
3.2.2. Resultados de encuestas diligenciadas por directivos de programas académicos de enfermería	66
3.3. Incorporación de la estrategia de APS a la formación de talento humano en medicina	73
3.3.1. Análisis de información disponible en la red	73
3.3.2. Análisis de encuestas diligenciadas por directivos de programas académicos de medicina	79
3.4. Otros programas de formación en APS	90
3.4.1. Chile	90
3.4.2. Colombia	92
3.4.3. Ecuador	94
3.4.4. Perú	95

3.4.5. Venezuela	96
3.5. Experiencias significativas	98
4. CONCLUSIONES	102
5. RECOMENDACIONES	109
6. APS COMO EJE TRANSVERSAL EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA	113
7. GLOSARIO	118
8. BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXO 1	128
ANEXO 2	143
ANEXO 3	152

RECONOCIMIENTOS

Coordinación

Ricardo Cañizares

Secretario Adjunto

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

John Francisco Ariza Montoya

Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Colombia

Colaboración

Rossana Fuentes Santander

División Atención Primaria

Departamento Gestión Recursos para el Modelo

Ministerio de Salud

Chile

Jorge Carabantes Cárcamo

Profesional Departamento de Calidad y Formación

Ministerio de Salud

Chile

Catalina Ascanio Noreña

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Colombia

Andrés Egas

Director (e) Nacional de Normalización de Talento Humano

Ministerio de Salud

Ecuador

Ricardo Collahuazo

Punto Focal Dirección Nacional de Normalización de Talento Humano
Ministerio de Salud
Ecuador

Manuel León Núñez Vergara

Dirección general de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Perú

Mirian Solís Rojas

Jefa de Equipo
Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Ministerio de Salud
Perú

Maiqui Flores

Dirección General de Investigación y Educación
Ministerio del Poder Popular para la Salud
República Bolivariana de Venezuela

Tulia Hernández

Dirección General de Investigación y Educación
Ministerio del Poder Popular para la Salud
República Bolivariana de Venezuela

RESUMEN EJECUTIVO

Diversos autores coinciden en afirmar que la Atención Primaria de Salud (APS) es la mejor estrategia para garantizar avances sostenibles en la salud de la población y que es necesario contar con talento humano con experticia en el área y en cantidad suficiente para alcanzar los resultados esperados en términos de costo efectividad.¹

Desde esa perspectiva, la formación de profesionales en APS debería ubicarse *“en el centro de las acciones necesarias para la construcción de sistemas de salud más efectivos y equitativos”*, lo que implicaría generar intervenciones en la formación de pregrado, postgrado y educación continuada.¹

En la misma línea y en el entendido que el concepto de APS involucra el cuidado integral de la salud, es necesario *“incidir tanto en la formación universitaria [...] como en la oferta de educación a los profesionales que recibieron formación para otros escenarios y ahora son llamados a cualificarse en una nueva perspectiva”*.¹

Así las cosas, *“el reto de reorganizar los sistemas de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad solo será alcanzado con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS [...]”,* desafío que implica la necesidad de adaptación de la formación de pregrado en medicina y enfermería a la nueva realidad de estos sistemas, específicamente en torno al desarrollo de competencias específicas en el área.¹

En los últimos años se han llevado a cabo diferentes estudios en que se analiza la incorporación del enfoque en atención primaria en los sistemas de salud desde la perspectiva asistencial, sin embargo, una revisión amplia de la literatura permite evidenciar que no se ha prestado el mismo nivel de atención a la formación del talento humano responsable de la operación de dichos sistemas a pesar que es el pilar fundamental para el funcionamiento adecuado de los servicios sanitarios.

¹ Harzheim E, Casado - Vicente V, Bonal - Pitz P. La formación de profesionales de la salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. 2008

Por otra parte, es importante anotar en este punto que muchos de los planteamientos en torno a la formación en APS se enfocan en el desarrollo de competencias únicas para todos los campos, siendo reconocido en la actualidad que *“el abordaje conjunto de un campo de competencias común no conseguirá sustituir a un específico y largo abordaje de los elementos propios y separados de cada profesión”*.¹

En el área médica, el esfuerzo más reciente en ese sentido ha sido un sondeo realizado en América Latina para identificar las experiencias de las universidades que desarrollan formación en este campo con enfoque en atención primaria de salud, el cual se complementó con una reunión de expertos para analizar las experiencias, avances y dificultades relacionadas con el proceso.²

Los resultados de dicho estudio fueron publicados en 2008, en el número 2 de la serie “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, bajo el título “La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud” y serán utilizados como parte del marco de referencia para el desarrollo de esta consultoría.

En el área de la enfermería, se han llevado a cabo varias publicaciones en las que se aborda el tema de la formación profesional con enfoque en atención primaria de salud, destacándose en los últimos años los siguientes documentos:

- “Regulación de la enfermería en América Latina” de la serie “Recursos Humanos para la Salud”.³
- Informe de la Reunión de Cartagena de Indias “Educación en Ciencias de la Salud en APS y libros de textos”.⁴
- “Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur”.⁵

² La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 2. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008

³ Regulación de la Enfermería en América Latina. Serie Recursos Humanos en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2011

⁴ Educación en Ciencias de la Salud en APS y libros de textos. Informe de la reunión de Cartagena de Indias. Organización Panamericana de la Salud. 2011.

Desde el punto de vista político, es necesario mencionar que el interés por analizar la relación entre la formación y la calidad del talento humano y el funcionamiento de los servicios de salud en América fue el eje central del “Llamado a la acción de Toronto, hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas”,⁶ una propuesta de carácter regional en que se plantearon recomendaciones para la construcción de los planes decenales de recursos humanos.⁷

Posteriormente, con ese marco de referencia, en la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana/59ª Sesión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, en la Resolución CSP27/10 se establecieron veinte metas regionales de recursos humanos en salud para el período 2007 - 2015, las cuales fueron organizadas en torno a los cinco desafíos críticos propuestos en la Agenda de Salud para las Américas y en el Llamado a la Acción de Toronto.⁸

En relación con el quinto desafío, definido como *“Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población”*, se propusieron las siguientes metas:⁸

Meta 17

“El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la APS y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional”

⁵ Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representación de Uruguay. 2011.

⁶ Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Ontario, Long Term Care. Toronto, Canadá, 2005.

⁷ Planes decenales de recursos humanos en salud: Hacia una visión común. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, noviembre de 2006.

⁸ Resolución CSP 27/10. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2007

Meta 18

“El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub-atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas”.

Meta 19:

“Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%”

Meta 20:

“El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida”.

Un avance conceptual en torno al tema se encuentra desarrollado en el número 1 de la serie “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, bajo el título “Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS (2008), en el que se presentan las conclusiones de una reunión de expertos sobre competencias de los equipos multidisciplinares de APS, realizada en el marco del II Seminario Internacional de Atención Primaria – Salud de la Familia, llevado a cabo en Fortaleza, Brasil (2006), en el que se establecieron los elementos esenciales de los Sistemas de Salud basados en APS y una propuesta de competencias básicas de los equipos responsables de su implementación.⁹

En el apartado correspondiente a las competencias profesionales, el citado documento hace referencia a competencias genéricas (comunicación, manejo de información, gestión de recursos, salud pública y sus funciones esenciales), competencias específicas (propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS e inherentes a cada profesión) y humanísticas (principios y valores relacionados con el

⁹ Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 1. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008.

ejercicio profesional para el uso y aplicación de los conocimientos adquiridos).

En el número 2 de la misma serie, denominado “La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud”, publicado en el mismo año, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud propone:¹⁰

*“Iniciar un esfuerzo conjunto con los países de la Región que permita redefinir la formación de los médicos en la Región, buscando una educación basada en la comunidad, con una **orientación generalista**, con **contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria** y fundamentalmente con un **enfoque de atención primaria de salud**, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético”*

Para el logro de lo anterior, en la misma publicación, se establecieron los siguientes objetivos:

- *Analizar en profundidad la situación de la formación de los médicos a través de la reflexión entre los países.*
- *Discutir y compartir experiencias de buenas prácticas que muestren avances, logros y dificultades en la construcción de nuevos esfuerzos de formación de médicos basados en APS.*
- *Generar una red de intercambio entre los países que permita el fortalecimiento de los procesos de cambio.*
- *Establecer estrategias de trabajo y documentos que contribuyan con los países a encontrar caminos adecuados para el cambio.*

En 2009, Nebot, Rosales y Borrell, publicaron una descripción de las acciones llevadas a cabo por la OPS / OMS para preparar una estrategia educativa dirigida a fortalecer la Atención Primaria de la Salud en las Américas, buscando *“identificar competencias en atención primaria y diseñar un plan*

¹⁰ La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud. Serie “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” Número 2. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008

*pedagógico de formación que permitiera desarrollar o fortalecer dichas competencias”.*¹¹

En ese contexto, de acuerdo con los autores de la publicación, “... *las competencias constituyen una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permiten mejorar la articulación entre gestión, trabajo y educación*”.

Recientemente, los estados miembros de ORAS/CONHU, decidieron realizar un estudio con el objetivo de analizar la gestión del componente de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos, buscando identificar los modelos y estrategias de gestión de recursos humanos en salud que están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud.¹²

Según las conclusiones del estudio, en relación con la formación de talento humano en salud:

*“En términos generales, el problema que se identifica con mayor frecuencia respecto de los procesos de formación es la **baja adecuación entre los perfiles de egreso y los perfiles ocupacionales requeridos para el funcionamiento del sistema de salud**, según los parámetros de organización y servicios del modelo de atención”,* hecho que podría estar relacionado con un bajo nivel de articulación entre los sistemas educativo y sanitario respecto a la formación del talento humano en salud.

Con fundamento en lo expresado hasta aquí y considerando “*la necesidad de los países afiliados al ORAS de orientar la planificación y formación de recursos humanos en salud, para responder a los requerimientos de modelos de salud que vienen incorporando en la región los principios de la APS*”, se contrató la presente consultoría con el objetivo de “*revisar críticamente los avances y retos de cada uno de los países, en el marco de un análisis*

¹¹ Nebot A. C, Rosales C, Borreil RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26 (2): 176 - 83.

¹² Consultoría para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. Informe final. Organismo Andino de Salud (ORAS). 2014.

*comparado que permita plantear recomendaciones que aporten al mejoramiento de la calidad y pertinencia de la formación del área de la salud”.*¹³

De acuerdo con lo anterior, en esta primera fase de la consultoría se planteó “revisar inicialmente las experiencias en los pregrados de medicina y enfermería y a la vez identificar cuáles serían los conocimientos, la secuencialidad, y la metodología didáctica, pedagógica y de evaluación adecuada (organización curricular), para desarrollar competencias relacionadas con APS, y en una segunda línea, hacer un reconocimiento de los programas específicos en APS y áreas afines (salud/medicina familiar y comunitaria) en los diferentes niveles de formación, estableciéndose dos objetivos centrales:

1. Sistematizar los avances en la incorporación de la estrategia de APS, incluyendo el enfoque intercultural en los programas de formación de pregrado de medicina y enfermería en los países afiliados al ORAS (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, República Bolivariana de Venezuela).
2. Establecer la caracterización básica de los programas académicos específicos de formación en APS y áreas afines, en los niveles de formación técnica, tecnológica y de posgrado en los países incluidos en el presente estudio.

Para el desarrollo de esta consultoría se contó con el apoyo de los funcionarios responsables de la gestión del talento humano, quienes proporcionaron parte de la información requerida para el cumplimiento de los objetivos y ejercieron la función de intermediación para la consecución de la información de los programas académicos de medicina y enfermería de sus respectivos países.

Entre las limitaciones del estudio están la brevedad del tiempo destinado para su ejecución y la falta de respuesta de la mayor parte de los programas de formación en medicina y enfermería, lo que hizo necesario establecer una

¹³ Consultoría para la sistematización de los avances en la incorporación en enfoque de atención primaria en salud (APS) en los programas de formación de talento humano en salud en los países afiliados al ORAS. Términos de referencia. 2015.

ruta alternativa de trabajo, basada en el análisis de la información disponible en los portales electrónicos de las universidades.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Atención Primaria de Salud

1.1.1. Evolución histórica

La evolución histórica del concepto de Atención Primaria de Salud ha corrido en paralelo con la evolución de los sistemas sanitarios y con los cambios que han experimentado sus componentes a través del tiempo, incluido el talento humano que los soporta.

Desde esa perspectiva, se presentan a continuación los antecedentes más importantes en el desarrollo del concepto, buscando establecer un marco de referencia para el análisis de la situación actual del mismo y las proyecciones de la formación de talento humano en salud con un enfoque orientado hacia dicha concepción.

La Atención Primaria de Salud (APS) fue definida hace 37 años en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma – Ata, como ***“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”***.¹⁴

Y se agrega más adelante, *“Forma parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad”* y aunque es concebido como *“el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud”*, no implica solamente la provisión de servicios de baja complejidad, ya que, como se menciona más adelante, ***“proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores”***, todos los niveles de atención, y ***“debería mantenerse por***

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma – Ata. URSS. 1978.

sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados”.

En la misma línea, reafirma que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad, dándole el carácter de un **derecho humano fundamental** y planteando que *“la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”*, lo que implica cambios significativos en la prestación de servicios de salud, incluyendo el acercamiento de los servicios de salud al individuo y la comunidad.

En palabras de Echeverri (2011), *“la APS propuso un cambio radical del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico: cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; cambiar del predominio de servicios curativos a [servicios de] promoción de la salud y prevención de la enfermedad, [variar el enfoque de prestación] de servicios hospitalarios a servicios comunitarios; y finalmente, de responsabilidad única del gobierno por la salud de la población a responsabilidad compartida con las personas, por su salud”*.¹⁵

A partir de la Declaración de Alma - Ata, se generó un movimiento internacional orientado a concretar los acuerdos alcanzados y promover la atención primaria como la estrategia fundamental para disminuir el impacto de la enfermedad a nivel mundial y reducir las inequidades tanto sanitarias como sociales, o en palabras de Tejada de Rivero, como *“una nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema y que afecta todos sus niveles, desde los más sofisticados y complejos [...] hasta los más simples, porque considera a la salud como un aspecto más del bienestar social en el cual son muchos y diversos los factores que la afectan , condicionan y determinan”*.¹⁶

¹⁵ Echeverri O. Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011 – 2030. Universidad del Valle. 5º Foro de Atención Primaria de la Salud APS: Una nueva oportunidad. 2011

¹⁶ Tejada de Rivero D. Lo que es Atención Primaria de la Salud. Algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma – Ata. Rev Peru Exp Salud Pública. 2013; 30 (2): 283 – 287.

Cuatro años después, en el marco de la crisis económica y social de la década de los ochenta, la UNICEF propuso la “APS Selectiva”, un programa que limitó el alcance de lo acordado en la Conferencia de Alma - Ata a sólo cuatro intervenciones: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, e inmunizaciones, socavando así la confianza de la población en el personal de salud al restringir las intervenciones esenciales identificadas en la reunión mencionada.¹⁷

Transcurrido otro cuatrienio, en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986), de la cual se derivó la Carta de Ottawa, se ubicó a los seres humanos en una perspectiva social que incluía deberes y derechos en torno a la calidad de vida y una relación de interdependencia con los factores políticos, económicos, sociales, culturales, biológicos y ambientales, ámbitos que requieren del *“desarrollo de políticas públicas de salud, programas educativos con participación comunitaria, recursos humanos comprometidos a la generación de entornos ambientales saludables, reorientación de servicios de salud y recursos materiales que permitan movilizar la inversión social para la construcción de una salud digna en los centros de enseñanza y de trabajo”*.¹⁸

Es interesante anotar en este punto, que por alguna razón que no se encuentra claramente justificada en la literatura, a partir de la reunión de Ottawa, el foco de desarrollo de la salud a nivel mundial, pasó de la propuesta integradora e integral de la Atención Primaria de Salud de Alma - Ata al de uno de sus componentes básicos, la promoción de salud, fenómeno que pudo haber influido para el estancamiento de la primera durante casi dos décadas.

En la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Adelaida, 1988), se buscó concretar un marco para el desarrollo de políticas públicas de salud que tomara como referencia la Declaración de Alma - Ata y la Carta de Ottawa, recogiendo los resultados del evento en el documento “Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas favorables a la

¹⁷ Rodríguez L. El planeamiento ideológico de Alma – Ata. Revista Cubana de Salud Pública. 2005. Versión electrónica disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420137008>. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2015.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”. Ottawa, Canadá. 1986.

Salud”, en el que se enfatizó el valor de la salud, la equidad de género, la importancia de la eliminación del hambre y la desnutrición, la necesidad de crear entornos saludables, el desarrollo de alianzas con instituciones educativas para la promoción de la salud y la reducción del consumo del alcohol y tabaco, entre otros.¹⁹

En 1990, la OMS definió la promoción de la salud como *“la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”*, incluyendo los siguientes referentes respecto a la promoción de la salud:²⁰

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

En Sundsvall (1991), se llevó a cabo la III Conferencia Internacional de Promoción de la salud, en la que se enfatizó la importancia del desarrollo sostenible para la salud de los seres humanos y se reclamó la acción social como motor de crecimiento, estableciéndose la necesidad de crear entornos

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. “Políticas públicas favorables a la Salud. Adelaida, Australia, 1988.

²⁰ OPS. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991 - 1994. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana - XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

propicios para la salud y definiéndose como factores perjudiciales los conflictos armados, el crecimiento acelerado de la población, la alimentación inadecuada, la ausencia de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos naturales.²¹

Un año después, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Santa Fe de Bogotá, en el contexto de la crisis económica y social de la última década del siglo XX, se analizó la necesidad de generar una mayor inclusión social y la importancia de conciliar los intereses económicos y los propósitos sociales, estableciéndose compromisos políticos para *“impulsar el derecho y el respeto a la vida y la paz como valores éticos fundamentales de la salud, convocar a las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción de la salud supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales a fin de mantener ambientes familiares, físicos, sociales, naturales, laborales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, afinar mecanismos de concertación y negociación entre los sectores sociales e institucionales”*.²²

Los propósitos mencionados fueron reafirmados en la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993), que surgió como resultado del consenso de la XIII Reunión de Ministros de Salud del Caribe, en Puerto España, con el fin de implementar estrategias de promoción de la salud, mediante la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar la salud y el bienestar, la reorientación de servicios de salud, el empoderamiento de las comunidades para lograr el bienestar individual y colectivo, la generación de ambientes saludables, el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado y la construcción de alianzas estratégicas para el logro de los objetivos propuestos.²³

Siguiendo con la línea del tiempo, en la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Yakarta (1997), bajo el lema “Nuevos Actores para una Nueva Era: Llevar a Cabo la Promoción de la Salud hacia el

²¹ Organización Mundial de la Salud. III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. “Entornos Propicios para la Salud”. Sundsvall (Suecia). 1991

²² Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. Declaración de Bogotá. Bogotá D.C. (Colombia). 1992.

²³ XIII Reunión de Ministros de Salud del Caribe. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Puerto España (Trinidad y Tobago). 1993

siglo XXI”, se abordó el problema de la salud a partir de las reflexiones formuladas en los encuentros previos y se planteó la necesidad de reconsiderar los determinantes de la salud en el contexto del siglo XXI, identificándose cinco prioridades, expresadas en la “Declaración de Yakarta”, incluyendo:²⁴

- La promoción de la responsabilidad del individuo y la sociedad por la salud.
- El aumento de las inversiones en el desarrollo de la salud de los colectivos.
- La consolidación y ampliación de las alianzas estratégicas en pro de la salud.
- La ampliación de la capacidad de las comunidades y el empoderamiento de los individuos para la promoción de la salud.
- La consolidación de la infraestructura necesaria para el cumplimiento de tales propósitos.

En el año 2000, en la V Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, realizada en Ciudad de México, con el propósito de reafirmar la necesidad del mejoramiento de la calidad de vida con base en indicadores sociales, económicos y ambientales, se expidió la Declaración de México, un documento en el que se reitera la contribución de las estrategias de promoción para la salud a la sostenibilidad de las acciones locales nacionales e internacionales en esta materia, estableciéndose acuerdos acerca de la participación de los gobiernos y los sectores de la sociedad para el logro de la salud, priorizando la atención de los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud y propiciando el desarrollo social y económico con equidad y responsabilidad social.²⁵

En el año 2003, veinticinco años después de la Declaración de Alma – Ata, se aprobó la Resolución CD44.R6, en la que se solicita a los Estados que *“hagan esfuerzos por que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las*

²⁴ Organización Mundial de la Salud. IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud “Nueva era, nuevos actores: Adaptar la promoción de la salud al siglo XXI”. Declaración de Yakarta. Yakarta (Indonesia). 1997.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. V Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. “Promoción de la salud, hacia una mayor equidad”. Declaración de México. Ciudad de México (México). 2000.

*desigualdades en salud; b) renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud; c) **reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud**; d) promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud; e) respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud”.*²⁶

En 2005, la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Llevada a cabo en Bangkok, con el copatrocinio de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública de Tailandia, estuvo orientada a delinear los retos y compromisos que implican los determinantes de la salud en un mundo globalizado.²⁷

Mediante la Carta de Bangkok, se conceptualizó la promoción de la salud como un derecho humano fundamental e incluyente que busca la calidad de vida y abarca el bienestar físico, mental y espiritual, dando a la promoción de la salud un papel primordial en la agenda de desarrollo mundial y comprometiendo a gobiernos, empresas y sociedad civil en la búsqueda de la salud y el bienestar de individuos y colectividades.²⁵

Para tal fin, se planteó la necesidad de contar con una participación social amplia y democrática para abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y de la solidaridad; promover la inversión en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud; crear capacidades para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos, la investigación, y la alfabetización sanitaria; establecer normas reguladoras y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas y fomentar la generación de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.²⁵

²⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Resolución CD44.R6. 44º Consejo Directivo. Washington. 2003

²⁷ Organización Mundial de la Salud. VI Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. “Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial”. Carta de Bangkok. Bangkok (Tailandia). 2005.

Casi treinta años después de la Declaración de Alma – Ata, en 2007, en el “Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud: La Renovación de la Atención primaria de la Salud de las Américas”, se plantea que *“... la situación actual requiere de un examen exhaustivo de la APS —tanto en la teoría como en la práctica—, así como de una mirada crítica acerca de cómo puede <renovarse> con el fin de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población”*.²⁸

Entre las razones que justifican la renovación de la APS, el citado documento incluye *“los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud”*.

Los principales mensajes del documento en relación con el objeto de esta revisión, incluyen:

- La implementación de la APS renovada requiere una reorientación de los sistemas de salud, hacia un enfoque razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada.
- El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la **transformación de los sistemas de salud**, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central.
- Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la **cobertura y el acceso universal** a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la **equidad**.
- Un sistema de salud basado en la APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de **recursos humanos**, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. 2007

- **El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos**, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.

En cuanto a los desafíos identificados en el ámbito del talento humano en salud respecto a la implementación del enfoque de APS renovada, se incluyen:

- Escasa motivación y baja remuneración de los profesionales dedicados a APS en comparación con otros profesionales.
- Insuficiencia de talento humano cualificado en APS para cubrir las demandas del sector.
- Bajo nivel de trabajo en equipo.
- Falta de concordancia entre la formación profesional en el área y las condiciones de desempeño.

En el informe sobre la salud en el mundo “La Atención primaria de Salud más necesaria que nunca” (2008), la Organización Mundial de la Salud propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas, interconectadas entre sí, que representan los principios básicos de la atención de salud: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo, en busca de mayor coherencia, eficiencia, eficacia y equidad.²⁹

Entre muchas recomendaciones planteadas en el informe, las cuales son un referente obligado al abordar este tema, vale la pena resaltar el llamado de atención acerca de la *“diversidad de las necesidades y retos que afrontan las personas en materia de salud”* y la necesidad que implica esta situación de la *“movilización de una amplia gama de recursos que puede abarcar la promoción de la salud e intervenciones de prevención, así como el diagnóstico y el tratamiento o derivación, la atención domiciliaria crónica o a largo plazo...”*

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo “La Atención primaria de Salud más necesaria que nunca”. 2008

En la misma línea, el informe expresa que *“un servicio de salud que sirva de punto de acceso ambulatorio de los problemas de salud o relacionados con la salud debería ofrecer una amplia gama de servicios integrados, diagnósticos, curativos, rehabilitativos y paliativos...”*, un modelo que *“no excluye los niveles secundario y terciario, ni los hospitales, sino que exige que se complementen”*.³⁰

La VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, tuvo lugar en Nairobi (2009), estableciéndose los compromisos definidos en la reunión en el *“Llamado a la Acción de Nairobi”* en el que *“se definen las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo”*, incluyendo el fortalecimiento del liderazgo y la fuerza de trabajo en el área de la salud, la ubicación de la promoción de la salud como línea central de los servicios de salud, la ampliación de los procesos participativos, la construcción y aplicación del conocimiento y el empoderamiento de individuos y comunidades en torno al cuidado de la salud.³¹

Finalmente, la última Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Helsinki (2013), estuvo centrada en el enfoque *“Salud en Todas las Políticas”*, un enfoque que *“tiene en cuenta las implicaciones en la salud de las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud”*.³²

En resumen, en el marco de esta breve revisión de la evolución histórica del concepto de Atención Primaria de Salud, surgen algunos elementos que deben ser tenidos en cuenta en el momento de analizar sus implicaciones en los sistemas de salud y en la formación de los profesionales responsables de la operación de los mismos:

³⁰ Saco - Méndez S. Declaración de Alma – Ata: A cinco años de la meta. Situa. 1995. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/indice.htm [Consulta: Noviembre 15 de 2015].

³¹ Organización Mundial de la Salud. VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Llamado a la Acción de Nairobi. Nairobi (Kenia). 2009.

³² Organización Mundial de la Salud. VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. “Salud para todas las Políticas”. Helsinki (Finlandia). 2013.

- La definición de la APS no ha sido clara desde el principio, *“se dice que siendo vaga, permite todas las interpretaciones, las deformaciones, las hipérboles y las críticas”* (Saco, 1995).
- La estrategia de la APS *“no excluye los [niveles] de salud secundaria ni terciaria, ni a los hospitales, por el contrario exige que ellos se complementen”* (Saco 1995).
- A lo largo de los años se han presentado cambios en la significación del concepto de APS, hecho que ha determinado dificultades para lograr consenso en torno a la implementación de la estrategia.
- El sentido original de la APS estaba planteado en torno a una visión de la salud como un derecho humano fundamental, que debe estar al alcance de todos y que requiere el concurso de todos los actores.
- El uso de la palabra *“atención”* generó la focalización del concepto *“en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos”* (Tejada, 2013).
- En la misma línea, calificar a la estrategia como *“primaria”*, indujo a subvalorar su contenido e identificarla con *“lo elemental, lo empírico, de tercera o cuarta clase”*, cuando en realidad se hacía referencia a *“lo esencial, a lo nuclear, lo fundamental, sustantivo y prioritario”* (Tejada, 2013).

1.1.2. Enfoques y conceptos

Aunque existe mucha literatura en torno al tema, no hay un consenso universal en relación con el concepto de Atención Primaria de Salud, sin embargo, la mayor parte de los autores coincide en afirmar que éste se encuentra sustentado en una visión holística en la que tienen la misma importancia los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la salud permitiendo una interacción funcional entre la asistencia médica y la intervención social.

De acuerdo con lo expresado en el “Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas”, el concepto de Atención primaria de Salud, puede entenderse desde cuatro enfoques diferentes (Tabla 1)

Enfoque	Concepto	Énfasis
Atención Primaria de Salud Integral (Alma – Ata)	La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, fundados científicamente y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte integral del sistema nacional de salud, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad y busca llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud.	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Atención Primaria de Salud Selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios son control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización, que en ocasiones incluyen suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar.	Conjunto de actividades específicas de los servicios de salud dirigidas a los pobres
Atención Primaria ³³	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se materializa la continuidad de la atención para la mayor parte de la población. Es el concepto más común en Europa y en otros países industrializados, y se relaciona directamente con la disponibilidad de acceso a médicos especializados en medicina general o medicina de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de	Enfoque filosófico que se integra a los servicios sociales y de salud

³³ Muldoon L, Hogg W, Levitt M. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC). Canadian Journal of Public Health. 2006; 97 (5): 409 - 411.

afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud

Tabla 1. Atención Primaria de Salud: Enfoques y Conceptos. Tomado de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. 2007

A partir de lo anterior, es claro, que casi cuarenta años después de la promulgación de la apuesta visionaria y provocadora de elevar el estatus de la salud al de un derecho humano fundamental, proponer un cambio de paradigma del enfoque curativo al de la prevención de la enfermedad y establecer la concepción integral e integradora del enfoque de Atención Primaria de Salud definido en Alma – Ata, no se ha hecho más que dar vueltas en círculo para volver al punto de partida y reconocer la importancia de la integralidad del cuidado y la necesidad de que todos los actores del sistema asuman su responsabilidad.

Finalmente, vale la pena hacer una breve referencia al concepto de APS Integral (Labonté, Citado por Vega et al, 2011), entendido como una filosofía política de la salud como una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad, con el fin de desarrollar la salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud, que en esencia corresponde a la definición propuesta en Alma - Ata.³⁴

³⁴Vega R, Acosta N, Mosquera P, Restrepo O. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Secretaría Distrital de Salud. 2009.

En el marco de lo expresado hasta aquí, el enfoque de Atención Primaria de Salud que se asumirá como referente conceptual para el desarrollo de esta consultoría será el de **APS renovada**, una propuesta que en esencia, corresponde a la definición establecida en la Declaración de Alma - Ata, en la que se han introducido algunas modificaciones que pretenden corregir “las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los enfoques” y afrontar de manera coordinada, efectiva y sostenible los nuevos retos demográficos y epidemiológicos de la actualidad.³⁵

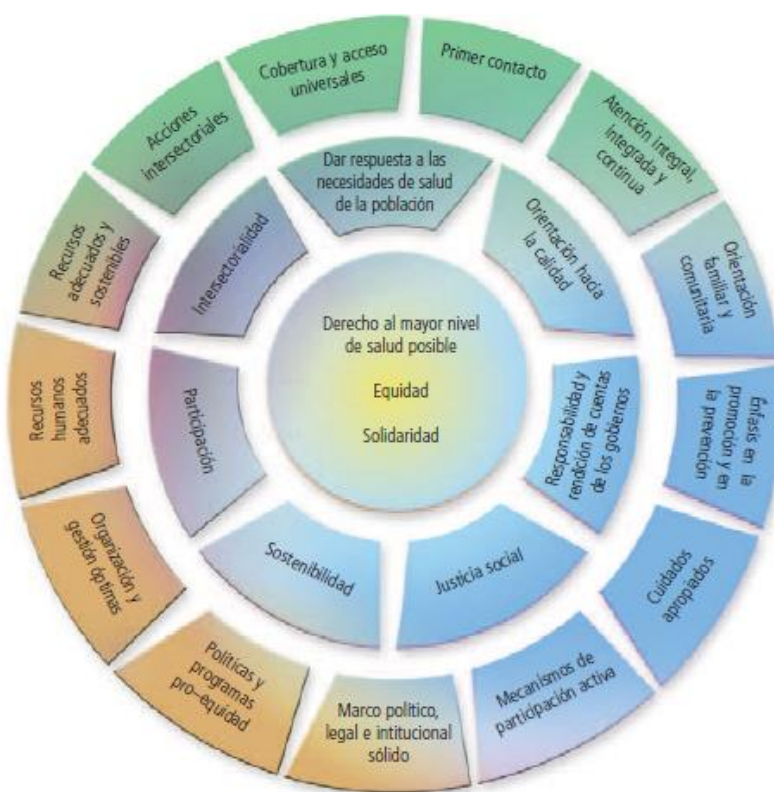


Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. Tomado de: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. 2007

Esta nueva propuesta, a diferencia de la inicial, abarca los sectores públicos y privados, centra sus esfuerzos en el sistema de salud como conjunto, establece distinciones entre los valores, principios y elementos que lo

³⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”. 2007

componen, resalta la importancia de la equidad y la solidaridad en el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población e introduce los conceptos de sostenibilidad y orientación hacia la calidad (Figura 1).³⁶

1.2. Sistemas de salud basados en APS

De acuerdo con el Documento de Posición de la OPS / OMS acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas:

“Un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible, su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”.

En la misma vía, el citado documento expresa: *“un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la **cobertura y el acceso universal** a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. **Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción** y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, **tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción**”, con base en “un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de **recursos humanos**, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles”.*

Así las cosas, en un contexto ideal, la implementación de un sistema de salud basado en APS debería garantizar el balance y la coherencia entre las necesidades de la población, la cantidad y calidad de los profesionales sanitarios requeridos para su operación y el enfoque de la formación en el área, razón por la cual, la definición del número y el perfil del talento humano requerido para dar respuesta óptima a las necesidades del sector,

³⁶ Brommet A, Lee J, Serna J. Atención Primaria: Una estrategia renovada. Colombia Médica. 2011; 42 (3): 379 – 387.

tendría que estar soportada en un análisis crítico de *“las señales del mercado laboral en el área y dichas señales deberían responder a las necesidades de la población”*.³⁷

Desde esa perspectiva, con el objetivo de establecer la situación actual de la formación del talento humano en atención primaria en salud en el contexto actual de los sistemas de salud de los países incluidos en esta consultoría, se presentan a continuación algunas de las conclusiones más importantes de un estudio realizado con el fin de sistematizar los avances en la implementación de la estrategia de APS en América del Sur, en términos de las características de dichos sistemas y de los avances alcanzados en el desarrollo de este enfoque de salud.

De acuerdo con Giovanella et al (2015), en América del Sur, transcurridos casi cuarenta años a partir de la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma - Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS), *“persisten tensiones entre distintas formas de concebir y abordar la implementación de la APS en los países a lo largo del tiempo”*.³⁸

Y es que, en palabras de los mismos autores:

*“La Declaración de Alma-Ata difundió una concepción de atención primaria de la salud integral, que la interpreta como **parte de un sistema integrado de cuidados de la salud** y del desarrollo económico-social de una sociedad, que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social”*.

Así, desde una perspectiva histórica, los avances alcanzados en las dos últimas décadas del siglo XX en la implementación de sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud han tenido grandes diferencias en los países de América del Sur, *“conforme a los diversos contextos políticos y modalidades de sistemas de protección social y de sistemas de salud prevalentes”*.

³⁷ Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376: 1923 – 58.

³⁸ Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde Debate. 2015; 105 (9): 300 - 322.

En contraste con lo anterior, en la primera década del siglo XXI, “... se observa un proceso de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con **la concepción de Alma Ata**, en busca de la construcción de sistemas de salud orientados por una **APS integral como coordinadora de los cuidados de una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales** que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud” (Tabla 2).³⁵

En concreto, en el análisis llevado a cabo por Giovanella et al (2015), “los documentos de las políticas de los países de Suramérica destacan a la APS **como estrategia para la garantía de la atención integral y la equidad en salud**”, incorporándose a las políticas nacionales de los países miembros del Organismo Andino de Salud - ORAS con diferentes niveles de desarrollo e implementación (Tabla 2).

Siguiendo con los investigadores, “estos nuevos modelos, tienen componentes comunes: **el enfoque familiar**, la mención a la **atención integral**, el enfoque comunitario con **equipos multiprofesionales** con población y territorios definidos, y en algunos países (Bolivia, Ecuador, Venezuela), el énfasis en el **enfoque intercultural** y la prioridad en la promoción de la salud, entendida como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales”.

En cuanto a la prestación de los servicios de APS, destaca el estudio que los países miembros del ORAS cuentan con centros de salud, puestos de salud, consultorios populares, consultorios generales urbanos, hospitales de baja complejidad y entidades prestadoras de servicios de salud de primer nivel de complejidad, observándose diferentes grados de avance en la territorialización de los servicios, la cual encuentra un mayor grado de consolidación en Ecuador, Perú y Venezuela.³⁵

En la misma línea, la integración de la APS a la red de servicios, la intersectorialidad y la participación social, componentes estructurales de la APS renovada, muestran diferentes grados de desarrollo, en concordancia con las políticas nacionales de desarrollo social, la organización de los servicios de salud, el financiamiento del sector y el nivel de institucionalización de dichos procesos.

No obstante lo anterior, según los investigadores, *“en la mayor parte de los países de la región Suramérica persiste una importante segmentación de la protección social en salud, con la presencia de diversos subsistemas con distintas reglas de financiación, afiliación, acceso a prestaciones y red de servicios, responsables por la atención en salud de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo con su estatus laboral, pertenencia social y capacidad de pago”*.

País	Concepción actual
Bolivia	Aunque no se emplea el término APS en las normas, los elementos constitutivos de la estrategia: participación, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad están contemplados en el “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI)”, definido como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.
Chile	El nuevo ‘Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria’ busca asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Colombia	<p>La Ley 1438 de 2011 introdujo la Atención Primaria de Salud como estrategia nacional para garantizar la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad. La Ley 1751 de 2015 ratificó los componentes de la estrategia de APS, sin embargo, las experiencias de implementación aún corresponden al nivel local.</p>
Ecuador	<p>La Constitución de 2008 define la Atención Primaria de Salud como base del sistema en su Art. 360: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, ‘con base en la Atención Primaria de Salud’; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”. El “Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (Mais-FCI)” incorpora la estrategia de la APS renovada.</p>
Perú	<p>El nuevo “Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y la Comunidad (Mais-BFC)” toma como punto de partida la definición de APS de Alma Ata y los principios, valores y estrategias de la APS renovada, fundamento del sistema de salud, estableciéndose el requerimiento adicional de talento humano formado en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio.</p>
Venezuela	<p>La Misión Barrio Adentro, creada en 2004, explicita la APS como su estrategia fundamental: “La APS forma parte integrante tanto del Sistema Público Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de</p>

la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de la asistencia sanitaria”.

Tabla 2. Concepción actual de la APS en los países miembros del Organismo Andino de Salud. Adaptado de: Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde Debate. 2015; 105 (9): 300 - 322.

Desde otra perspectiva del modelo de salud, cuatro de los países miembros del ORAS (Bolivia, Chile, Colombia y Perú) han incorporado de forma explícita el enfoque intercultural en las políticas públicas, encontrándose el mayor desarrollo en Bolivia, país en que *“la concepción de interculturalidad es uno de los pilares de la política nacional de salud y los equipos de atención primaria coordinan acciones con los médicos tradicionales del territorio bajo su responsabilidad”*.

Al respecto, es importante recordar los planteamientos del Organismo Andino de Salud:³⁹

“Las acciones en salud intercultural llevadas a cabo en los países andinos han estado orientadas a reconocer e incorporar aspectos culturales de la medicina tradicional, en el proceso de atención de salud, valorando la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad, buscando articular las prácticas de la medicina tradicional y de la medicina académica; así como disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud”.³⁹

En cuanto al talento humano, menciona Giovanella (2015), que existen *“profundas desigualdades en la oferta y distribución en el interior de cada país y grandes brechas en las zonas remotas y desfavorecidas”* y aunque no

³⁹ Análisis de situación de Salud Andino, ASIS Andino, con enfoque intercultural. Organismo Andino de Salud. Disponible en internet en: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20ASIS%20Andino%20de%20Poblaciones%20Indigenas%20con%20enfoque%20intercultural.pdf> [Consulta Noviembre 15 de 2015]

hay estadísticas organizadas de disponibilidad de recursos humanos para la APS, *“hay consenso entre los gestores nacionales de que la oferta es insuficiente cualitativa y cuantitativamente”*.

En las consideraciones finales de la publicación de Giovanella et al (2015), se destaca que:

*“Entre los desafíos más importantes para la garantía de los cuidados integrales en salud **están la formación y el desarrollo profesional continuos para la actuación en APS** y para garantizar el acceso a servicios de salud en áreas remotas y desfavorecidas”*.

En ese orden de ideas se plantea la necesidad de *“profundizar en otras investigaciones que permitan establecer las mejores estrategias para lograr implementar de forma articulada un primer nivel [de atención] fuerte con atención resolutive de calidad y una acción comunitaria potente para enfrentar los determinantes sociales”*.

1.3. Formación de Talento Humano en APS

1.3.1. Consideraciones generales

En el Documento de Posición sobre la Renovación de la APS en las Américas, se establecieron las condiciones de desarrollo del recurso humano en los sistemas de salud basados en APS, incluyendo:

- *La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria.*
- *Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población.*
- *El entrenamiento de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y ser sostenible.*
- *Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica.*

Un antecedente de importancia respecto al tema, se encuentra en el Llamado a la acción de Toronto, documento de conclusión de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, en el que se

plantea la necesidad de *“desarrollar mecanismo de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud”,* de tal forma que se *“permita adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población”*.

Así las cosas, en el marco del II Seminario Internacional de Atención Primaria y Salud de la Familia” se establecieron las bases para el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de APS y se analizó una propuesta de competencias básicas que fue utilizada más adelante como base para el diseño del curso virtual “Desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud”, concebido como una estrategia educativa para fortalecer la APS en la región.

En 2013, en la Resolución CD52.6, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud expresan: *“las 20 metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015, aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2007, se formularon en función de los valores y elementos centrales de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud”* y reiteran que *“los modelos de prestación de atención primaria de salud dentro de los sistemas de cobertura universal de salud prestan los servicios por medio de equipos, lo que permite que el personal sea utilizado y desplegado de manera más eficaz y eficiente a su nivel pleno de competencia”*.⁴⁰

En el mismo documento se expresa que *“...asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de personal de salud capacitado, con las competencias pertinentes, tanto técnicas como culturales, para atender las necesidades de las comunidades subatendidas y vulnerables sigue siendo un reto para las autoridades sanitarias nacionales”*.

Por lo anterior, *“para lograr resultados óptimos, los modelos de prestación de atención primaria de salud tienen que contar con profesionales médicos dotados de las competencias, el liderazgo y el compromiso pertinentes”,*

⁴⁰ Recursos Humanos Para la Salud: Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Resolución CD52 – 6. Consejo Directivo Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 52º Consejo Directivo - 65ª Sesión del Comité Regional. 2013

estableciéndose que ***“la generación de recursos humanos para la salud en la Región todavía no está sincronizada con las necesidades de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud”***.

Desde esa óptica, *“es necesario formular nuevas estrategias y mecanismos de coordinación para alinear la formación de los profesionales de salud con los objetivos de los sistemas de salud, e implantar incentivos para fortalecer la misión social y la participación en la comunidad de los centros de salud académicos y del profesorado, [...], a fin de asegurar su compromiso con la cobertura universal de salud”*.

En cuanto a la relación existente entre educación médica y atención primaria de salud, un trabajo clásico de Borroto, Lemus y Aneiros - Riba (1999), puso en claro los problemas que enfrentaban las universidades para dar respuesta a los retos que implica esta concepción de los sistemas sanitarios, algunos de ellos vigentes hoy en día:⁴¹

- La formación de pregrado se desarrolla predominantemente en el ámbito hospitalario donde los estudiantes se relacionan con problemas poco representativos en la comunidad.
- Comunidades de profesores formados en un enfoque biomédico, encargados de preparar a las nuevas generaciones de profesionales para desarrollar una práctica médica con enfoque biopsicosocial.
- Dificultades en la comprensión de la necesidad de integrar todos los niveles de atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.
- Falta de comprensión del concepto de APS desde una perspectiva capaz de integrar los recursos disponibles en los diferentes niveles de complejidad para garantizar la mejor atención sanitaria.

1.3.2. Competencias de los equipos de APS

El marco conceptual para el análisis de las competencias de los equipos de APS está muy bien definido en el documento “Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de

⁴¹ Borroto Cruz ER, Lemus Lago ER, Aneiros – Riba R. Tendencias de la Educación Médica orientada a la Atención Primaria de Salud. Atención primaria de salud. Medicina Familiar y Educación Médica. Cap. 2. pp 65-130. Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1999.

APS”, en el que se conciben las competencias como *“características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad laboral o de otra índole”*.

De acuerdo con el citado documento, las competencias de los equipos de APS pueden clasificarse en:

- Genéricas:

Permiten la adaptación de los profesionales a las características de los sistemas e incluyen la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

- Específicas:

Propias de las funciones que debe realizar una unidad organizativa como los equipos de APS, son inherentes a cada profesión y se relacionan con aspectos técnicos de forma predominante.

- Humanísticas:

Concebidas como valores éticos relacionados con el ejercicio profesional y la responsabilidad social ante una comunidad determinada, también denominada ética profesional.

En la misma línea, Nebot, Rosales y Borrell (2009), plantearon que *“las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permiten mejorar la articulación entre gestión trabajo y educación, características permanentes que se demuestran cuando se desarrolla una actividad, sea laboral o de otra índole*.

En la misma publicación, los investigadores señalaron las principales competencias para los profesionales de los equipos de Atención Primaria en Salud, y las agruparon seis categorías (Tabla 3).

Competencias de los equipos de Atención Primaria de la Salud
Específicas de la APS

Enfoque integral de la salud
Trabajo en equipo
Coordinación entre niveles

Área Clínica

Relación con el paciente
Atención centrada en el individuo y la familia
Atención integral en todos los niveles de complejidad
Seguimiento compartido
Manejo de Emergencias
Atención domiciliaria

Comunicación

Interprofesional
Entre el profesional, el paciente y la familia
Con la comunidad
Manejo de conflictos

Gestión del Conocimiento

Uso de sistemas de información
Uso de internet
Medicina Basada en Evidencia

Salud Pública y Promoción de la Salud

Conocimientos de Epidemiología
Enfermedades de Declaración Obligatoria
Hábitos y estilos de vida

Área de gestión

Funciones administrativas y gerenciales
Negociación
Gestión de la calidad
Planificación y evaluación
Gestión clínica

Tabla 3. Competencias de los equipos de APS. Adaptada de Nebot A, Rosales C, Borreil RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26 (2): 176 - 83.

Desde otra perspectiva, Capital Health, el mayor proveedor de servicios de salud de Nueva Escocia, ofrece un enfoque innovador de competencias para Atención Primaria de Salud, estructuradas en torno a dos categorías principales:⁴²

- Colaboración interprofesional y comunitaria
 - Comunicación
 - Cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad
 - Claridad del rol profesional y del rol de los otros miembros del equipo
 - Trabajo en equipo
 - Capacidad de resolución de conflictos

- Prestación de servicios de atención primaria de salud
 - Excelencia en el cuidado y el servicio
 - Aplicación de los principios de la APS
 - Interacción con todos los actores del sistema
 - Interculturalidad
 - Promoción del autocuidado

Recientemente, en una revisión de la literatura orientada a identificar metodologías de definición de perfiles de talento humano con enfoque de hacia la APS renovada, Rey - Gamero y Acosta - Martínez (2013), plantearon que *“el enfoque de competencias se aplica en diversos países, con categorías y clasificaciones heterogéneas para los integrantes de los equipos de APS de cada país”* (Tabla 4).⁴³

Siguiendo con la autoras: *“La metodología general de estandarización de competencias emplea una estrategia deductiva que toma como punto de partida la identificación de las funciones esenciales que se deben realizar para alcanzar la misión organizacional y los resultados que el talento humano*

⁴² Capital Health. Primary Health Care Competency Framework. Capital Health. Primary Health Care. Nova Scotia. 2012. Disponible en internet: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/primary-health-care-competency-framework.pdf> [Consultado Noviembre 21 de 2015]

⁴³ Rey - Gamero A y Acosta - Martínez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. 2013; 12 (25): 28 – 39.

debería alcanzar, y a partir de estos elementos se definen tanto los conocimientos que los funcionarios deben poseer, como los requerimientos de experticia y características actitudinales”.

País	Tipo de Personal	Competencias
Chile	Equipos de APS de centros comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> Competencias organizacionales Competencias genéricas Competencias específicas
Colombia	No especifica	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos y experiencia Comportamentales Funcionales
Ecuador	Médico familiar en los equipos de APS	<ul style="list-style-type: none"> Genéricas Específicas Propias de la especialidad Principios: continuidad, coordinación e integralidad en la atención
Perú	Equipos básicos de salud del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> Competencias genéricas Competencias específicas (principios de atención integral, integrada, continuada, humanística y ética, y los elementos de participación ciudadana y descentralización)

Tabla 4. Perfiles de competencias en algunos países de América del Sur. Adaptado de Rey - Gamero A y Acosta - Martínez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. 2013; 12 (25): 28 – 39.

1.3.3. Perfiles y competencias de los profesionales de la medicina en APS

En la misma línea del apartado anterior, se ha definido el referente conceptual del perfil y las competencias de los profesionales de la medicina orientados hacia la APS, en torno a las conclusiones de la reunión de expertos de Belo Horizonte (2008), las cuales se encuentran plasmadas en el documento “La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud”.

En dicha reunión se definió el siguiente perfil del médico (a) orientado hacia la APS:

*“Que el egresado sea un médico general, en condiciones de prestar **atención médica integral** al ser humano, **en su entorno familiar y social**, mediante*

*acciones de **promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación**, con un **enfoque biopsicosocial ambientalista**, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje transversal de su formación”.*

Así mismo, en el mismo documento, se expresa que *“El médico con formación en APS deberá ser una persona con **sensibilidad social, y comportamiento ético, capacidad de liderazgo, trabajo en equipo y autoaprendizaje**, poseedora de competencias que le permitan con la más alta calidad posible, influir en el bienestar de las comunidades y participar en el **mantenimiento y recuperación de la salud de individuos, familias y comunidades**”.*

En cuanto a las competencias generales básicas del profesional de la medicina orientado a APS se definieron:

- Adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país y de acuerdo al contexto donde trabaja para prevenir y resolver problemas de salud.
- Establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural.
- Comprender el ciclo vital.
- Trabajar en equipo y desarrollar liderazgo con el resto del equipo de salud y la comunidad.
- Manejar las incertidumbres y los cambios.
- Generar su propia capacidad de autoaprendizaje y autoconocimiento.

En resumen, de acuerdo con el grupo de expertos, *“el perfil del médico y del equipo de salud para APS deben contar con una visión holística y humanística del ser humano en un contexto socio – ambiental”.*

1.4. Perfiles y competencias de los profesionales de la enfermería en APS

A diferencia de la medicina, en el campo de la enfermería no se identifican en la literatura referentes tan claros en términos de perfiles y competencias para el desempeño en Atención Primaria de Salud, estando ligados de una manera u otra a la propuesta desarrollada para los profesionales que conforman los equipos de APS.

Este hecho es curioso, si se tiene en cuenta que *“la profesión de enfermería abrazó tempranamente el concepto y la estrategia de APS en América Latina y retomó en 1996 el interés en incorporarlo en la formación de los profesionales del área”*, tal como se estableció en el Plan de Desarrollo de Enfermería para América Latina, elaborado en Bogotá D.C.⁴⁴

En dicho plan se identificó un nuevo paradigma de la enfermería, partiendo de los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con base en los siguientes puntos:

- La salud vista como componente y consecuencia del desarrollo humano.
- La equidad como valor fundamental a ser logrado por los servicios de salud y un medio para conseguir la responsabilidad social.
- La participación social como elemento de un nuevo paradigma de salud en el cual lo colectivo se convierte en sujeto y conductor del proceso.
- La enfermera como facilitadora, asesora, promotora, y evaluadora de la salud de la colectividad.

Posteriormente, en abril de 2003 se realizó en la ciudad de Buenos Aires, una reunión de expertos para analizar la enseñanza de la APS en las escuelas de enfermería del Cono Sur, planteándose como conclusión del mismo que *“la revisión de la experiencia de la enseñanza de la Enfermería en América Latina en los 25 años transcurridos indica que la APS fue incorporada como eje*

⁴⁴ Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representación de Uruguay. 2011.

transversal de los currículos de grado, postgrado, auxiliares de enfermería y en la Educación Permanente del personal de enfermería en la mayoría de los programas de formación de América”.

Años más tarde, en el documento “Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur”, se buscó avanzar en la identificación de instituciones formadoras en Enfermería que han adoptado la estrategia de APS y en el significado concreto de esa incorporación, estableciéndose en las conclusiones del estudio que los planes de estudio considerados *“tienen una clara orientación a formar profesionales adaptados a las realidades nacionales y capaces de investigar y conocer las necesidades de salud de las poblaciones a su cargo”*, competencias propuestas para los equipos de APS.

Adicionalmente, de acuerdo con los autores *“la tendencia a la convergencia de los planes de estudio en función de los programas de acreditación internacional de la carrera de Licenciado en Enfermería abre el campo a la discusión de la necesidad de incluir el análisis de las competencias necesarias para el desempeño de la profesión”*

En este punto, vale la pena mencionar la existencia de una gran variedad de publicaciones en las que se plantean una serie de “competencias” para los profesionales de enfermería en Atención Primaria de Salud, sin embargo, prácticamente todos tienen un ámbito local de aplicación y se encuentran restringidos en la mayor parte de los casos al desempeño en el primer nivel de atención.

Entre las competencias comunes a estos documentos, se destacan las siguientes:^{45, 46, 47}

⁴⁵ Enfermería de atención primaria. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Comunidad Autónoma de Asturias. 2004. Disponible en internet en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Carrera%20Profesional/Memoria_SEAPA.pdf [Consultado Noviembre 10 de 2015].

⁴⁶ Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(3-4)

⁴⁷ La Flor Carot MV. Desarrollo profesional de la enfermería de atención primaria como método científico de la profesión, experiencia en Andalucía. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Disponible en internet en: http://www.scele.org/web_scele/archivos/text_completo_victoria_laflor.pdf [Consultado Noviembre 12 de 2015]

- Formar parte activa del equipo interdisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.
- Cuidar la salud del individuo a través del ciclo vital, en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Participar en la elaboración, análisis y discusión de la situación de salud de su población, así como en la detección de grupos vulnerables, factores de riesgo y determinantes sociales de la salud.
- Ejecutar y llevar a cabo el seguimiento de acciones sanitarias y sociales comprendidas en los programas de atención al individuo, la familia y la comunidad.
- Participar en la planeación y ejecución de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de complejidad para la atención en salud.
- Intervenir en la implantación, desarrollo y mejora de los procesos asistenciales integrados de su área de actuación, conforme a los criterios definidos previamente.
- Optimizar el uso de los recursos puestos a su disposición para llevar a cabo las actividades propias de su cargo con oportunidad, eficiencia y eficacia.

2. METODOLOGÍA

Para dar cumplimiento a los objetivos previstos, se planteó una metodología que combinó la investigación documental, el análisis de la información obtenida a partir de la aplicación de dos instrumentos de recolección de información descritos más adelante y la revisión de los planes de estudio de programas de medicina y enfermería de los países miembros del Organismo Andino de Salud, en relación con la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

En una primera fase, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica orientada a identificar publicaciones (documentos de posición, documentos políticos, artículos académicos, artículos científicos, informes de investigación, consultorías, tesis de grado, libros), relacionados con la formación de talento humano en salud, con énfasis en la incorporación de la atención primaria en programas de medicina y enfermería.

Para tal efecto, se utilizaron los buscadores y bases de datos Google, Google Académico, Scielo, PUBMED, Science Direct, EBSCO y las bibliotecas y repositorios de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, el Campus Virtual de Salud Pública, el portal de la Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud de la Universidad George Washington y el portal PHCRIS (Primary Health Care: Research & Information Service) y se estableció un rango de búsqueda entre 1978 y 2015, con el fin de incluir las fuentes primarias de información, desde el planteamiento de este enfoque de salud hasta la fecha.

Posteriormente, se realizó otra búsqueda a través de Google, con el fin de identificar las instituciones de educación superior que ofertan programas de formación profesional en medicina y enfermería en Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y construir una base de datos electrónica con información básica de cada programa (nombre de la institución, nombre del programa, dirección electrónica).

Al respecto, se llevó a cabo la consulta en los portales de las Asociaciones de Facultades de Enfermería y Medicina (en los países en que se encuentra disponible esta información) y en la base de datos general, por lo que pueden haber quedado excluidas algunas instituciones universitarias y

programas académicos de las áreas mencionadas que no tienen una presencia significativa en la red.

Una vez completada esta etapa, se llevó a cabo el ingreso al portal electrónico de cada programa para obtener la mayor información posible en relación con las características del diseño curricular, en términos de misión, objetivos, propósitos de formación, perfil de egreso, competencias profesionales, plan de estudios, estrategias didácticas y de evaluación, áreas de énfasis, escenarios de práctica y otros datos que pudieran ser utilizados como trazadores en relación con la orientación de la formación en Atención Primaria de Salud.

En una segunda fase, se aplicaron dos instrumentos de recolección de información, diseñados con el fin de recoger datos acerca del contexto normativo que enmarca el funcionamiento de los programas académicos en cada uno de los países, las relaciones existentes entre la instancia responsable de la dirección del sistema de salud y las instituciones de educación superior y profundizar en las características del diseño curricular de los programas objeto de estudio (Anexos 1 y 2).

En este punto, es importante mencionar que fue necesario modificar el alcance de los resultados como consecuencia del límite de tiempo establecido para la realización de las actividades de la consultoría y de las dificultades encontradas en el proceso para ubicar la información de los programas académicos a través de las respectivas Direcciones de Talento Humano en Salud.

Los datos obtenidos a partir de la búsqueda bibliográfica y el diligenciamiento de los instrumentos referidos en párrafos anteriores fueron organizados en matrices de información, elaboradas con base en las categorías de análisis definidas previamente, para hacer posible la comparación entre programas y países e identificar avances y estrategias utilizadas para incorporar la estrategia de APS en los diseños curriculares de los mismos.

Los trazadores utilizados para intentar establecer la incorporación del enfoque de APS en los diseños curriculares fueron definidos con base en los

perfiles y competencias incluidos en el marco teórico, incluyendo los siguientes: (Anexo 3)

- Atención Primaria de Salud
- Cuidado Primario de la Salud
- Atención Primaria / Cuidado Primario
- Salud Familiar /Medicina Familiar
- Salud Comunitaria /Medicina Comunitaria
- Promoción de la Salud
- Prevención de la Enfermedad
- Atención /Cuidado Integral de la Salud
- Comunicación
- Trabajo en equipo
- Liderazgo
- Gestión de la Información
- Gestión de Recursos
- Interdisciplinariedad
- Interculturalidad / Multiculturalidad
- Educación en Salud
- Determinantes de la Salud
- Medicina /Enfermería General
- Medicina /Enfermería Comunitaria
- Cuidado integral de Enfermería

Adicionalmente, se realizó una búsqueda de información orientada a identificar programas de formación en atención primaria en salud y áreas afines, incluyendo las siguientes categorías: nombre del programa, nivel de formación, número de créditos, descripción básica, competencias de formación esperadas.

3. RESULTADOS

En la búsqueda bibliográfica inicial se identificaron 375 documentos relacionados con atención primaria en salud, incluyendo textos académicos, artículos científicos, reseñas periodísticas, documentos de políticas y/o lineamientos de organismos gubernamentales, tesis de maestría y doctorado e informes de consultorías.

Se llevó a cabo una lectura inicial de dichos documentos para validar su utilidad como referentes teóricos, utilizando como trazadores la naturaleza de los mismos (lineamientos, políticas, análisis de contexto, resultados de investigación, reflexión de expertos, experiencias de implementación), la orientación del contenido en torno a la implementación del esquema de atención primaria de salud y/o a la formación de talento humano en ese ámbito y el nivel de aplicación (local, regional, global), siendo incluidos al final de este proceso un total de 95 publicaciones.

Estos textos fueron objeto de una lectura analítica, orientada a identificar elementos que permitieran contextualizar y/o caracterizar las condiciones y avances de la incorporación de la estrategia de atención primaria de salud en los diseños curriculares de los programas de formación en medicina y enfermería, siendo descartadas otras 11 publicaciones por falta de pertinencia y/o profundidad en el tema.

La búsqueda de la información básica acerca de los programas de formación profesional en medicina y enfermería en los países incluidos en el estudio permitió construir una base de datos que sirvió como referencia para la ubicación de información en los respectivos portales electrónicos, reuniéndose información de 230 instituciones, incluyendo 125 en el área de la medicina (Bolivia 10, Colombia 55, Perú 23, Chile 19, Ecuador 10 y Venezuela 8) y 105 en el área de la enfermería (Bolivia 10, Colombia 35, Perú 26, Chile 19, Ecuador 10 y Venezuela 5).

Es importante anotar que los datos disponibles en los portales presentan una gran variabilidad en términos de contenidos y profundidad, desde los referentes básicos de los programas (nombre de la institución, titulación, metodología), pasando por una breve reseña del diseño curricular y el plan de estudios, hasta la descripción detallada del perfil profesional y las

competencias de egreso, entre otros aspectos relevantes, lo que genera una gran dificultad para organizar la información y establecer comparaciones precisas entre los programas.

Al final del tiempo establecido para la recolección y clasificación de la información, se recibieron los formularios de las Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud de 5 países (Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) y 31 programas académicos de Colombia (19 de medicina y 12 de enfermería).

A continuación se presentan los resultados del análisis de la información procesada en desarrollo de la consultoría:

3.1. Incorporación de la estrategia de APS a la formación de talento humano en medicina y enfermería: La perspectiva de las Direcciones de Talento Humano en Salud

Los datos que se presentan en este apartado fueron proporcionados por funcionarios de las Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud de Chile (Ministerio de Salud), Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social), Ecuador (Ministerio de Salud Pública), Perú (Ministerio de Salud) y Venezuela (Ministerio del Poder Popular para la Salud), siendo complementados para su presentación con información relevante de las instancias correspondientes.

Condiciones de Calidad

En todos los países incluidos en el estudio existen normas que establecen las condiciones de calidad requeridas para la apertura, funcionamiento y acreditación de programas de formación de talento humano en salud, las cuales se mencionan en la Tabla 5.

País	Norma
Bolivia*	Decreto Supremo Nº 28570, de 22 de diciembre de 2005, aprueba el Reglamento General de Universidades Privadas, Ley Nº 070 del 20 de diciembre de 2010, Reglamento General y Reglamentos Específicos de Universidades Privadas Ministerio de Educación, Viceministerio de Educación Superior de Formación Profesional

	(2012).
Chile	Ley 20129 de 2006 del Ministerio de Educación, por medio de la cual se establece un Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior para garantizar la disponibilidad de información, licenciamiento de instituciones nuevas, acreditación de programas o carreras y acreditación institucional.
Colombia	Ley 1188 de 2008 y Decreto 1295 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional, por medio del cual se reglamenta el Registro Calificado y la oferta de Programas Académicos de Educación Superior. Lineamientos para la Acreditación de Programas de Pregrado del Consejo Nacional de Acreditación CNA. Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se reglamenta la relación docencia servicio.
Ecuador	Instructivo al Reglamento de Presentación y Aprobación de Proyectos de Carreras de Grado y Postgrado de las Universidades y Escuelas Politécnicas (Resolución CES – PRES – 002 – 2012 del Consejo de Educación Superior.
Perú	Ley No 30220 – Ley Universitaria Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria SUNEDU. Normas, estándares y procedimientos de evaluación, acreditación y certificación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa SINEACE
Venezuela	Normativa Nacional de Autorización y Acreditación de Programas Académicos del Consejo Nacional de Universidades del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología, Reglamento de Estudios de las Universidades Experimentales (PNF).

*Información obtenida de Internet a partir de la revisión del portal electrónico del Ministerio de Educación del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://www.minsalud.gob.bo/>)

Tabla 5. Normativa para la apertura, funcionamiento y definición de condiciones de calidad de programas de formación de pregrado de talento humano en salud. Fuente: Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud.

Autonomía Universitaria

En la misma línea, en todos los países está establecida legalmente la autonomía de las instituciones universitarias para la creación y puesta en funcionamiento de programas de formación de talento humano en salud, estando definido el papel del Ministerio de Salud o su equivalente en términos muy variados, incluyendo el análisis de pertinencia de los nuevos programas, la interlocución con la academia en el proceso de definición de perfiles y competencias, la definición de estándares de calidad de los

escenarios de práctica, la promoción de la articulación entre las instituciones universitarias y las instituciones prestadoras de servicios de salud y en la supervisión y acompañamiento de los procesos relacionados con las prácticas clínicas.

En la mayoría de los países no existe influencia directa del Ministerio de Salud o su equivalente en la definición del diseño curricular de los programas de formación de talento humano en medicina y enfermería, siendo la excepción los Programas Nacionales de Formación (PNF) de Venezuela, los cuales son orientados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

De acuerdo con el referente de la Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), *“En Venezuela existe un grupo de universidades autónomas y otro grupo de universidades experimentales, todas del sector público, las cuales desarrollan la mayor parte de los programas de grado de talento [humano] en salud, principalmente medicina y enfermería, carreras inexistentes en el sector privado de la educación”*.

Para ambos casos, siguiendo en la misma línea, *“el proceso de autorización y puesta en funcionamiento de nuevos programas de formación de talento humano está a cargo del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria Ciencia y Tecnología (MPPEUCT), a través del Consejo Nacional de Universidades”*.

En la misma línea, *“en el caso de las universidades experimentales, se trabaja en conjunto para la creación de los programas nuevos, estableciendo para ello estructuras de organización y articulación interinstitucional”*, que se concretan en los Programas Nacionales de Formación (PNF).

Papel del Ministerio de Salud

El rol del Ministerio de Salud o su equivalente en los procesos del diseño, creación y funcionamiento de los programas de formación de talento humano en salud en los países incluidos en el estudio, se encuentra descrito a continuación (Tabla 6)

País	Rol del Ministerio
Chile	Preparación del EUNACOM (Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina – Ley 20.261/2008) por medio del cual se evalúan los contenidos mínimos de calidad de los estudiantes de Medicina.
Colombia	Mediante la Ley 1164 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social emite un CRITERIO DE PERTINENCIA para apertura de los programas de salud, dicho criterio es vinculante y se emite con base en : i) denominación, ii) coherencia del programa con los servicios de salud que presta el país, iii) oferta, demanda y suficiencia del Talento Humano en Salud, y iv) coherencia del perfil y competencias con las necesidades de la población, adicionalmente, el Ministerio participa en la evaluación y certificación de los escenarios en que se desarrollan las prácticas formativas de los estudiantes del área de la salud, tarea que se lleva a cabo en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional.
Ecuador	En cumplimiento al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha puesto en funcionamiento los programas de formación dirigidos hacia el primer nivel de atención como eje estratégico para el desarrollo del país y el logro del buen vivir y con el objetivo de disminuir la brecha de especialistas y mejorar la capacidad resolutive, incluyendo Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos en Atención Primaria en Salud, los cuales son ejecutados por varias instituciones de educación superior a nivel nacional por medio de convenios interinstitucionales.
Perú	El Ministerio de Salud promueve la articulación de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, para garantizar la calidad de la formación de los recursos humanos, en el pregrado, internado y segunda especialidad profesional. Así mismo, promueve que los profesionales respondan a las necesidades de salud de la población, siendo una de las estrategias para promover dicha acción la conformación de comités o grupos de trabajo con el objetivo de formular el diseño curricular de programas educativos considerados estratégicos por el Ministerio de Salud - MINSA, los cuales son implementados en alianza con universidades a nivel nacional.
Venezuela	En los programas de PNF: Define y prioriza los programas requeridos, organiza y coordina las mesas técnicas de trabajo con las universidades y el

	MPPEUCT, orienta los perfiles y competencias profesionales de salud en base a las necesidades del Sistema Público Nacional de Salud y las políticas de salud del Estado Venezolano, capta y forma a los docentes requeridos para desarrollar los programas establecidos con los perfiles y competencias identificados, selecciona y financia los participantes en formación, supervisa y evalúa el proceso de forma permanente.
--	---

Tabla 6. Papel del Ministerio de Salud en el proceso de formación de talento humano en salud. Fuente: Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud. 2015

APS en el modelo de salud

Aunque en todos los países está definido, en mayor o menor grado, el enfoque de atención primaria en salud como un referente conceptual y operativo del modelo de salud, en la mayor parte de éstos no es obligatoria la incorporación del mismo en el diseño curricular de los programas de talento humano en salud. (Tabla 7)

País	Norma
Bolivia*	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Decreto Supremo Nº 29601 del Estado Plurinacional de Bolivia y Norma Técnica del Ministerio de Salud y Deportes 2008b.
Chile	Ley de Autoridad Sanitaria DFL No 1 de 2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del DL No 2763 de 1979 y de las Leyes No 18.993 y No 18.469.
Colombia	Ley 1438 de 2011 (Artículo 12º), Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud.
Ecuador	Acuerdo Ministerial 725 – 1162 por medio del cual se crea el modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.
Perú	Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (Resolución Ministerial No 464 – 2011/MINSA)
Venezuela	Ley Plan de Patria. Plan de Desarrollo Económico y Social 2013 – 2019, Plan Nacional de Salud 2014 – 2019, Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

*Información obtenida de Internet a partir de la revisión del portal electrónico del Ministerio de Educación del Estado Plurinacional de Bolivia (<http://www.minsalud.gob.bo/>)

Tabla 7. Normas que establecen la incorporación del enfoque de APS en el modelo de salud de los países del ORAS. Fuente: Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud.

Es importante anotar aquí que la tendencia a privilegiar el enfoque de APS en los modelos de salud de los países miembros del ORAS, establece una especie de orientación “tácita” a incluir contenidos y actividades educativas orientadas al desarrollo de competencias en atención primaria en salud, la cual no se concreta en todos los casos, dada la autonomía de las instituciones de educación superior en torno a la definición de las características de los programas de formación de talento humano en salud en la región.

Enfoque intercultural

El enfoque intercultural está definido como un referente del modelo de salud en la mayoría de los países, observándose un desarrollo diferencial en el desarrollo y los avances en la implementación de políticas públicas en torno al tema.

Al respecto, vale la pena destacar la existencia del Viceministerio Boliviano de Medicina Tradicional e Interculturalidad como la instancia responsable de promover, proteger y velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales y transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales que se articulen con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural.⁴⁸

En la misma línea, la creación del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Perú, oficina dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS), organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación, como responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional y de Salud Sexual y Reproductiva (ESN) de los Pueblos Indígenas y cuya función es disminuir la brecha de exclusión en salud.⁴⁹

En Colombia, aunque se habían dado algunos pasos previos al abordar el tema, desde una perspectiva general, en la Constitución Política de 1991, se

⁴⁸ Ministerio de Salud. Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible en internet en: <http://www.minsalud.gob.bo/viceministerios/vice-medicina-tradicional> [Consultado Noviembre 28 de 2015]

⁴⁹ Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Red Panam Salud Pública. 2009; 26 (4): 368 – 76.

introdujo formalmente en la Ley 1438 de 2011,⁵⁰ como uno de los principios para la implementación de la Atención Primaria en Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Posteriormente se han logrado algunos avances en la inclusión de la protección de los derechos en salud de las etnias en el Plan Decenal de Salud Pública⁵¹ y en la construcción de un Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural SISPI.

En Venezuela, para cumplir con este propósito, se creó la División de Medicina Tradicional y *“se ha avanzado en las políticas para garantizar la interculturalidad en salud, mediante la implementación de treinta y cuatro servicios de orientación y atención del paciente indígena en todos niveles de complejidad, incorporándose las casas de abrigo intercultural y el menú alimentario diferenciado”*.

Análisis de necesidades de talento humano

El análisis de necesidades del sector salud vs la oferta de formación de talento humano en salud, tiene diferentes dinámicas en los países incluidos en el estudio:

- En Venezuela, el proceso es liderado por el Viceministerio de Salud Integral, a través de la Mesa Técnica de Investigación y Educación, instancia en la cual se toman las decisiones respecto al tema, llevándose a cabo la operativización de las mismas por la Dirección General de Investigación y Educación.
- En Ecuador, la Dirección Nacional de Planificación e Inversión es la instancia responsable de identificar las brechas existentes en todos los niveles de atención en salud, siendo definida la oferta de plazas para formación de profesionales del área de la salud de forma autónoma por las Instituciones de Educación Superior.

⁵⁰ Ley 1438 de 2011. Congreso de la República. República de Colombia. 2011

⁵¹ Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia, 2012

- En Colombia, esta tarea es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, encontrándose actualmente el proceso en la fase de levantamiento de información a través del Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS).
- En Perú, la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud realiza el cálculo de la brecha existente entre las necesidades del sector y la disponibilidad de profesionales del área, sin embargo, para este análisis no se toma en cuenta la oferta de formación por parte de las Instituciones de Educación Superior.

Perfil profesional

En términos generales, no se tiene establecido un perfil que sirva como referente nacional para los programas de formación profesional en medicina y enfermería, siendo potestad de las instituciones de educación superior la definición de perfiles y competencias profesionales de los egresados, no obstante, existen algunos avances en relación con el tema en Colombia, Perú y Venezuela.

En Colombia, se ha venido trabajando en los dos últimos años en la definición del perfil y las competencias de los profesionales de la salud, a través de un proceso que ha contado con la participación de la Academia Nacional de Medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social, representantes de las Instituciones de Educación superior y representantes de los gremios, sin embargo, el producto de este consenso aún no ha sido adoptado como un lineamiento de carácter nacional.

En Perú, *“existe una Unidad Funcional de Competencias y Rendimiento, adscrita a la Dirección de Gestión del Trabajo, en la cual “se ha estado trabajando en la formulación de las competencias del equipo básico de salud, conformado por médicos, enfermeras y obstetras, analizándose en la actualidad las competencias de los médicos para la atención primaria de salud”*.

En Venezuela, se tienen establecidas competencias para los egresados de los Programas Nacionales de Formación (PNF) de las universidades

experimentales, estando definidos los perfiles de médic@s y enfermer@s integrales comunitarios y el perfil de egreso de dichos profesionales por año de formación.

Para los Médicos Integrales Comunitarios (MIC) se tiene establecido un perfil que incluye *“competencias diagnósticas y terapéuticas, capacidad de brindar atención médica integral, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, con el empleo de los métodos clínico y epidemiológico, un profundo enfoque social y el porte de valores éticos, humanísticos, solidarios y de actitud ciudadana, llamados a transformar la situación de salud, en correspondencia con las exigencias de la sociedad actual de la República Bolivariana de Venezuela”*.

En la misma línea, el perfil de los Enfermeros Integrales Comunitarios está orientado al *“cuidado integral del ser humano, con énfasis en promoción, prevención, mantenimiento y conservación de la salud y la vida, así como la rehabilitación, la readaptación y la reinserción del individuo en la familia y la comunidad”*.

Finalmente, aunque no corresponde a un ejercicio de carácter gubernamental, vale la pena hacer una mención a un trabajo de investigación publicado recientemente en la Revista Médica de Chile, en el que se exponen los resultados de un estudio llevado a cabo con el objetivo de identificar “los discursos asociados con los enfoques de formación en los perfiles de egreso de 16 universidades chilenas y contrastarlos con las recomendaciones de la OPS”.⁵²

De acuerdo con los resultados obtenidos, *“existe una marcada heterogeneidad en la información declarada por las universidades respecto al objeto de estudio, encontrándose que las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud respecto a la formación de médicos para la región, no han sido incorporadas plenamente”* a los diseños curriculares.

⁵² Parada M, Romero M, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile. Rev Med Chile; 2015; 143: 512 – 519.

Competencias de Egreso

En cuanto a la definición de competencias de egreso específicas en Atención Primaria de Salud, se mencionan en Venezuela:

“[...] el análisis de situación de salud de las comunidades con énfasis en determinantes sociales de la salud, el abordaje de las comunidades en su ambiente con estudios de riesgo biopsicosociales y el diseño, implementación y evaluación de estrategias de abordaje de los principales problemas de salud que afectan al colectivo, con la participación de las comunidades”.

En el mismo sentido, en Ecuador, se hace referencia a las capacidades para:

“[...] comprender y aplicar las políticas de estado en el sistema de salud, comprender al individuo en el contexto familiar, comunitario, social e histórico, deliberar y aplicar principios y normas éticas, identificar y solucionar problemas de salud individual, autoaprendizaje y autoevaluación, analizar la realidad y plantear opciones para transformarla, comunicación eficaz en todos los escenarios y medios, comprender y respetar la diversidad social y cultural”.

Avances en la incorporación del enfoque de APS a la formación en enfermería y medicina

Finalmente, en opinión de los responsables de Talento Humano en Salud de los diferentes países, el promedio porcentual de avance en la incorporación de la estrategia de Atención Primaria en Salud en el diseño curricular de los programas de medicina se ubica entre 20% y 30%, en contraste, para los programas de enfermería oscila entre 40% y 50%.

Es importante anotar que, de acuerdo con lo reportado en la encuesta por el referente del Ministerio del Poder Popular para la Salud, *“en el caso de la República Bolivariana de Venezuela, todos los Programas Nacionales de Formación (PNF), ofertados por las Universidades Experimentales, presentan un diseño curricular que privilegia la formación en Atención Primaria en Salud”.*

3.2. Incorporación de la estrategia APS a la formación de talento humano en enfermería

3.2.1. Análisis de información disponible en la red

Los resultados de este apartado son producto del análisis de los datos disponibles en los portales electrónicos de las instituciones de educación superior que ofertan programas de formación en enfermería en los países incluidos en el estudio y de la información consignada en el formulario enviado a los directivos de los mismos, a través de las Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud.

Misión/Objetivo

Se incluyeron datos de la misión, el objetivo y/o el propósito de formación de 94 programas de enfermería de Bolivia (5), Chile (18), Colombia (33), Ecuador (9), Perú (24) y la República Bolivariana de Venezuela (5), encontrándose importantes diferencias en la extensión y profundidad de la información incluida en los portales electrónicos.

De acuerdo con lo expresado en la misión/objetivo de los programas analizados, es posible afirmar que dada la naturaleza de la profesión y la orientación eminentemente social del ejercicio de la enfermería, así como el objeto de estudio, centrado en el cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad, se encuentra una correspondencia significativa con la formación orientada hacia la Atención Primaria de Salud.

No obstante lo anterior, en muy pocos programas se hace una referencia explícita hacia la formación en el área, predominando la coincidencia de la misión/objetivo de los programas en torno a la formación integral, los valores éticos y humanos, el bienestar del individuo y la familia, la búsqueda de soluciones a los problemas de la comunidad y la sensibilidad social, entre otros.

La frecuencia y el porcentaje de aparición de los trazadores de incorporación del enfoque de APS en la misión/objetivo/propósitos de formación de los programas de enfermería analizados se encuentran detallados en la Tabla 8.

Trazador	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria de Salud	--	--
Cuidado / Primario de la Salud	--	--
Atención Primaria / Cuidado Primario	41	43.1
Salud Familiar	--	--
Salud Comunitaria	3	3.1
Promoción de la Salud	10	10.5
Prevención de la Enfermedad	6	6.3
Cuidado Integral de la Salud	41	43.1
Comunicación	5	5.2
Trabajo en equipo	13	13.7
Liderazgo	20	21
Gestión de la Información	5	5.2
Gestión de Recursos	9	9.5
Interdisciplinariedad	1	1
Interculturalidad / Multiculturalidad	2	2.1
Educación en Salud	28	29.5
Determinantes de la Salud	2	2.1
Enfermería / General	95	100
Enfermería Comunitaria	3	3.1
Cuidado integral de Enfermería	11	11.5

Tabla 8. Frecuencia y proporción de trazadores de incorporación del enfoque de APS en la misión/objetivo/propósitos de formación en los programas de enfermería de países miembros del Organismo Andino de Salud

Perfil Profesional

Se obtuvieron datos del perfil profesional de 95 programas de enfermería, incluyendo Bolivia (5), Chile (18), Colombia (36), Ecuador (9), Perú (23) y la República Bolivariana de Venezuela (4), al igual que en el anterior apartado, se encontraron diferencias significativas en la extensión y profundidad de la información incluida en los portales electrónicos.

En términos generales, el perfil de egreso de los profesionales de enfermería de los países consultados hace énfasis en principios y valores relacionados con la formación integral y el profesionalismo, así como en competencias genéricas relacionadas con interacción social, liderazgo y capacidad de resolución de problemas.

La frecuencia y el porcentaje de aparición de los trazadores de incorporación del enfoque de APS en el perfil profesional de los programas de enfermería analizados se encuentran detallados en la Tabla 9.

Trazador	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria de Salud	4	4.2
Cuidado / Primario de la Salud	19	20
Atención Primaria / Cuidado Primario	23	24.2
Salud Familiar	7	7.4
Salud Comunitaria	34	35.8
Promoción de la Salud	45	47.3
Prevención de la Enfermedad	44	46.3
Cuidado Integral de la Salud	8	8.4
Comunicación	6	6.3
Trabajo en equipo	25	26.3
Liderazgo	18	18.9
Gestión de la Información	2	2.1
Gestión de Recursos	6	6.3
Interdisciplinariedad	--	--
Interculturalidad / Multiculturalidad	5	5.2
Educación en Salud	32	33.7
Determinantes de la Salud	2	2.1
Enfermería / General	95	100
Enfermería Comunitaria	3	3.1
Cuidado integral de Enfermería	8	8.4

Tabla 9. Frecuencia y proporción de trazadores de incorporación del enfoque de APS en la misión/objetivo/propósitos de formación en los programas de enfermería de países miembros del Organismo Andino de Salud

Los trazadores de mayor frecuencia en los programas analizados fueron enfermería / enfermería general (100%), promoción de la salud (47.3%), prevención de la enfermedad (46.3%), salud comunitaria (35.8%), educación en salud (33.7%), trabajo en equipo (26.3%), atención primaria/cuidado primaria (24.2%) y liderazgo (18.9%).

En cuanto al desempeño profesional, se destaca la excelencia en la gestión y aplicación de procesos y cuidados de enfermería en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y la rehabilitación, encontrándose en una proporción superior al cuarenta por ciento una referencia directa a la interacción con la comunidad y el desempeño en el ámbito de la salud familiar.

A continuación, se presentan apartes de los perfiles profesionales de universidades de los países miembros del Organismo Andino de Salud, tomadas de los respectivos portales electrónicos, como ejemplos significativos de lo expresado anteriormente:

Bolivia

Universidad del Altiplano

“Promueve el cuidado y el autocuidado de la salud, a través de acciones de promoción y prevención del primer nivel de atención primaria, técnicamente planificadas, ejecutadas y evaluadas, aplicando conocimientos científicos y tecnológicos [...] para fomentar cambios de estilo de vida, respetando la diversidad cultural y propiciando la autodeterminación en el desarrollo personal y comunitario”

Chile

Universidad de Antofagasta

“Valora y respeta los principios éticos que rigen la vida del ser humano en todas sus dimensiones, promoviendo cambios en el cuidado de la salud que tienden al fomento del autocuidado responsable, la atención primaria integral y diagnósticos de salud e intervenciones comunitarias con madurez personal, en sus diversas formas culturales sobre las bases disciplinarias que fundan la identidad profesional”.

Colombia

Universidad Surcolombiana

“La sólida formación del profesional de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, le permite desempeñarse en el ámbito público, privado e independiente, debido a que posee competencias necesarias para ejercer responsabilidades y funciones de cuidado, gestión, administración, investigación y educación en el área clínica y comunitaria,

Ecuador

Universidad Central del Ecuador

“Brindar cuidado de enfermería integral e integrado, en todos los escenarios donde las persona y familia crece, vive, trabaja y en las unidades de salud del

sistema sanitario del país, a través del cuidado directo, educación, administración e investigación; a nivel de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, contribuyendo al bienestar de la población”.

Perú

Universidad Nacional de Ucayali

“La Enfermera (o) egresada (o) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Ucayali, se caracteriza por brindar cuidado de Enfermería considerando los aspectos humanístico, científico, tecnológico, ético a la persona, familia y comunidad, según el contexto económico, social, cultural, político y ambiental, destacándose las siguientes competencias: [...]10. Promover el proceso de aprendizaje en la promoción del auto cuidado y estilo de vida saludable en personas, familias y comunidad basado en la interculturalidad y su medio ambiente.”

Venezuela

Universidad Central de Venezuela

“El egresado en enfermería, es un profesional que realiza acciones de salud dirigidas a la promoción de la misma, la prevención de enfermedades, la atención en los aspectos curativos y restaurativos, tanto de la persona como del colectivo, al ejercer diversos roles: proveedor de atención directa, planificador, educador, administrador, comunicador, investigador, con capacidad para el trabajo multidisciplinario...”

Con la gran variedad de información disponible en los portales electrónicos de los programas, no es posible establecer una comparación válida entre los perfiles profesionales, siendo necesario llevar a cabo una exploración sistemática de los mismos con el fin de homogeneizar los datos y proceder al análisis comparativo de los mismos.

Competencias de Egreso

La presentación de las competencias de egreso varía significativamente entre una institución y otra, encontrándose algunos programas que plantean un

nivel de integración que no permite explorar el detalle del desempeño de sus egresados:

“El estudiante de la carrera de enfermería adquiere competencias científico - técnicas para cuidar y ayudar a toda la comunidad. Implementa procesos de enfermería de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación”.

En otros casos se encuentra un desarrollo intermedio del colectivo de competencias desarrolladas a lo largo del proceso de formación:

“El egresado del programa de enfermería tiene las competencias necesarias para proporcionar cuidados de enfermería, seguros y eficientes al individuo sano o enfermo en las diversas etapas de su ciclo vital, así como a su familia y a la comunidad y detectar y solucionar precozmente problemas de salud prevalentes en el país, individuales y colectivos, aplicando el método epidemiológico”.

Otras instituciones proporcionan información muy detallada de las competencias de egreso, llegando incluso a establecer categorías de desempeño:

“El profesional de enfermería de [...] es idóneo para dar atención integral acorde con las políticas de salud en los diferentes ámbitos en que se desempeñe. Es competente en cuidar a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente, con énfasis en la promoción de salud, la prevención de los riesgos, el tratamiento y la rehabilitación, para contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de los sujetos de cuidado.

Puede desempeñarse en el área asistencial, en el ámbito clínico, ambulatorio y domiciliario, de manera autónoma, crítica y responsable. En el área comunitaria es capaz de proponer, planear, dirigir, ejecutar y evaluar políticas, programas y proyectos en salud pública; en el área investigativa, participa en el análisis, formulación y ejecución de proyectos de investigación que respondan a las necesidades y problemas en salud, al desarrollo científico y tecnológico de la profesión y a procesos de transformación social”.

En este apartado, el análisis de la información ofrece aún mayores dificultades al encontrarse diferencias tan grandes en la expresión de las competencias, llegando incluso a presentarse confusiones con otras categorías de menor complejidad como habilidades, destrezas, capacidades y/o aprendizajes.

Planes de estudio

El análisis comparativo de los planes de estudio/mallas curriculares disponibles en internet también presentó dificultades por la heterogeneidad de los diseños curriculares (asignaturas, cursos integrados, mixtos, modulares, por problemas), por la variabilidad de contenidos que pueden ofrecer dos cursos del mismo nombre y/o la coincidencia de contenidos que pueden estar inmersos en dos cursos de distinto nombre y por la falta de profundidad en las explicaciones contenidas en los portales respecto a la estructura, secuencialidad, integración y organización de los diseños curriculares.

No obstante lo anterior, se logró el acceso a 65 planes de estudio de programas de formación en enfermería, estableciéndose las siguientes conclusiones:

- La estructura de la mayor parte de los planes de estudio están organizados por cursos o asignaturas, encontrándose algunos pocos estructurados en currículos integrados.
- Hay una gran variabilidad en la denominación de los cursos, aún en instituciones universitarias pertenecientes al mismo país, lo que puede dificultar la movilidad entre programas.
- Se presenta una gran variabilidad en los créditos asignados a los cursos/módulos /asignaturas y una diferencia aparente en la forma de calcular el peso de los mismos.
- No es posible identificar con total certeza la naturaleza de los cursos (teóricos, teórico prácticos, prácticos) incluidos en los diferentes planes de estudio.
- En términos generales, todos los planes de estudio revisados incluyen un área de formación o su equivalente en los diferentes países, orientada a promover el desarrollo de las competencias genéricas en APS, incluyendo

comunicación efectiva, liderazgo, resolución de problemas y gestión de información, entre otras.

- De la misma forma, en la mayoría de los casos, se busca proporcionar los medios para adquirir competencias relacionadas con la gestión clínica y comunitaria, la comprensión de los fenómenos epidemiológicos y la investigación, a través de cursos destinados al cuidado de la salud en los diferentes grupos de edad, el aprendizaje de estadística, bioestadística y uso de la evidencia en la toma de decisiones.
- La presencia de cursos relacionados con la gestión comunitaria (salud familiar, salud comunitaria, prácticas comunitarias, cuidado o gestión del cuidado en enfermería comunitaria), la salud pública y sus componentes es una constante en los programas analizados, sin embargo, la proporción de tiempo dedicado a este componente varía de forma significativa desde planes de estudios que incluyen uno o dos cursos hasta otros que exhiben en eje transversal en esta área.
- Solamente se evidenciaron cursos con denominación específica Atención Primaria en Salud, Cuidado de Enfermería en APS y Atención Primaria en tres programas académicos, lo que no puede considerarse un indicador válido de ausencia de contenidos en el área.
- La perspectiva intercultural de la salud fue explícita en el plan de estudios de 3 programas académicos, aunque podría estar inmersa en los cursos de sociología, antropología y formación en salud, cuyos contenidos no pudieron ser accedidos.
- Algunos programas incluyen el internado comunitario y/o prácticas integradoras en salud familiar y/o comunitaria como una alternativa interesante para la integración y consolidación de las competencias alcanzadas en APS.

3.2.2. Resultados de encuestas diligenciadas por directivos de programas académicos de enfermería

Colombia

Se recibió respuesta de 12 programas de enfermería, de los 39 que fueron invitados a participar del estudio, lo que corresponde a 30.76% de los afiliados a la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN (Tabla 10).

Fundación Universitaria del Área Andina
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Universidad El Bosque
Universidad de Caldas
Universidad del Cauca
Universidad Metropolitana
Universidad Libre Pereira
Universidad Mariana
Universidad de Boyacá
Universidad del Norte
Universidad de la Sabana
Universidad Popular del Cesar

Tabla 10. Programas de Enfermería incluidos en el estudio (Colombia)

A continuación se presenta la información proporcionada por los directivos responsables del diligenciamiento del instrumento, la cual fue contrastada con los datos obtenidos de los portales electrónicos de los respectivos programas.

En 11 de los programas (91.7%) incluidos en el estudio se hace explícita la intencionalidad formativa en atención primaria en salud (APS) en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa/proyecto educativo de programa/documento marco del programa).

En 9 de los programas (75%) participantes se establece la intencionalidad formativa con un enfoque intercultural en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa/proyecto educativo de programa/documento marco del programa, sin embargo, en más de la mitad de los conceptos expresados como sustento de esta afirmación no hay coherencia plena con la definición de interculturalidad ni se identifican competencias, cursos o actividades relacionados.

En siete programas (58%) se expresa una intención formativa claramente orientada a APS en la misión, el objeto y/o los propósitos de formación, en contraste, solamente la tercera parte de las unidades académicas incluyen una mención específica a la interculturalidad.

En 10 programas (83%) se considera que el perfil de egreso (profesional/ocupacional) está orientado hacia APS, no obstante, al indagar

por competencias de egreso en APS o relacionadas con el tema, la totalidad de los programas manifestó haberlas desarrollado a lo largo de la formación universitaria.

En cuanto al desarrollo de competencias intermedias en Atención Primaria de Salud, se encontraron algunas inconsistencias entre el porcentaje de respuestas positivas (75%), la información proporcionada como sustento de dichas respuestas y la estructura de los planes de estudios que se encuentra disponible en línea.

La totalidad de los directivos considera que el diseño curricular de sus programas incluye contenidos relacionados con APS y cuenta con espacios de formación destinados al desarrollo de las competencias esperadas en ese ámbito.

El número promedio de horas destinadas al desarrollo de contenidos de APS varía significativamente de un programa a otro, incluyéndose diferentes espacios (cursos, asignaturas, prácticas), a los que se asignan diferentes intensidades

Por otra parte, los métodos y estrategias utilizados para la enseñanza - aprendizaje/desarrollo de competencias en atención primaria en salud y campos afines (salud/medicina familiar, salud/medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen clases teóricas, análisis de casos, sesiones de aprendizaje colaborativo, talleres de aprendizaje significativo, prácticas comunitarias, conversatorios, exposiciones, discusiones grupales, foros interdisciplinarios, desarrollo de guías de trabajo independiente, proyectos de investigación de aula, juegos de roles y visitas domiciliarias, entre otras.

Desde la perspectiva de la evaluación, los métodos utilizados para la evaluación en atención primaria en salud y campos afines (salud/ medicina familiar, salud/medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen pruebas escritas y orales, participación en foros presenciales y virtuales, elaboración de rúbricas, portafolio de prácticas, informes de investigación de aula, entre otras.

En la totalidad de los programas incluidos en el estudio se tiene contemplada la realización de prácticas en APS, encontrándose grandes variaciones respecto a los porcentajes de tiempo destinados a dicha actividad, así como la distribución de las rotaciones en los escenarios propuestos (instituciones de salud de los diferentes niveles de complejidad, centros comunitarios, instituciones educativas, hogares de adultos mayores).

Dado que el instrumento no permite conocer la naturaleza y características de las prácticas en los diferentes niveles de complejidad, es imposible calificarlas objetivamente como de Atención Primaria de Salud, especialmente si se tiene en cuenta que la concepción definida en el marco de referencia incluye el desarrollo de acciones en todos los niveles del sistema.

El promedio de créditos académicos de las unidades incluidas en la muestra es 167 (rango 150 - 190), de los cuáles se destinan 30.25 créditos (19%) a la formación teórica, 70 créditos (42%) a las prácticas y 7 créditos (4%) a la formación flexible en Atención Primaria en Salud. (Tabla 11)

Es importante anotar que los promedios fueron obtenidos a partir de las respuestas proporcionadas por los directivos de las unidades académicas y que en algunos casos no se registraron respuestas en los formularios correspondientes.

Créditos totales	167 (150 – 190)
Créditos destinados a APS (Teóricos)	30.25 (19%)
Créditos destinados a APS (Prácticas)	70.00 (42%)
Créditos destinados a APS (Flexibles)	7.00 (4%)

Tabla 11. Créditos destinados a APS en un grupo de programas de enfermería (Colombia)

Finalmente, en opinión de los directivos de los programas académicos, el porcentaje de avance promedio en la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en el plan de formación vigente es de 55% (rango 30% - 100%), dato que contrasta con la información proporcionada por los mismos directivos en relación con los créditos asignados a los cursos teóricos, teórico prácticos o prácticos y al componente flexible o de profundización en el área.

Venezuela

Solamente se recibió información del Programa Nacional de Formación en Enfermería Integral Comunitaria de la Universidad Bolivariana de Venezuela, el cual entra en funcionamiento a partir del primer semestre de 2016, dado que se encuentra en transición una cohorte de estudiantes del PNF Enfermería del Instituto Universitario de los Teques “Cecilio Acosta” (CULTCA).

A continuación, se presentan algunos referentes conceptuales y del diseño curricular del mismo:

De acuerdo con los directivos del mismo, el programa cuenta con una clara intencionalidad formativa hacia la APS, la cual se expresa en la fundamentación conceptual del mismo:

“[...] La necesidad de formación de profesionales que comprendan el sentido y responsabilidad de la nueva visión de salud para el país, en base a la atención primaria en salud y expresada en el sistema Barrio Adentro, los cuales permitirán dar soluciones a los problemas, con el fin de orientar a las comunidades para la maximización del bienestar colectivo”.

Frente a la perspectiva intercultural, se plantea que *“se encuentra inmersa en este programa cuando se vincula la diversidad y el cuidado humano basándose en los modos de vida de los distintos grupos humanos, tales como: personas con discapacidades, personas con diferencias sexuales, etnias, entre otros. [...] Para ello, se conjuga el cuidado y la cultura de la persona, sus creencias acerca de la salud o enfermedad, valores y prácticas del ser social para ayudarlas a mantener, conservar su vida y salud, hacer frente a sus discapacidades o a la muerte”.*

En coherencia con lo anterior, la misión del programa está definida en torno a:

“Desarrollar talentos humanos con una visión integral de salud y de cuidado humano en los diferentes niveles de atención a través del proceso enfermero para su aplicación en la gestión de la asistencia y de los servicios de salud, dirigido al cuidado de las personas, grupos, familias y comunidades bajo los

principios de la moral y ética socialista para el mantenimiento y conservación de la salud en el desarrollo de una vida plena”.

En la misma línea, el perfil profesional de los futuros licenciados en Enfermería Integral Comunitaria, incluyen:

- *Gestión con ética - moral el cuidado humano a la persona, familia, grupos y comunidades integrando los conocimientos adquiridos en el proceso de formación para la resolución de problemas.*
- *Elabora con probidad en el marco de la territorialidad y la política regional, local, las investigaciones cuantitativas y cualitativas que respondan a los problemas de salud encontrados en el contexto.*
- *Implementa con originalidad estrategias interculturales en las prácticas de cuidado, mediadas por el proceso de enfermería, para el desarrollo, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades de vida independiente de las personas a través de la visita domiciliaria en los diferentes niveles de atención.*

Respecto a las competencias de egreso, el programa tiene planteadas las siguientes en relación con APS.

- *Aplicación del proceso enfermero como eje de su hacer.*
- *Capacidades técnicas para la resolución de los problemas*
- *Destrezas para manejar técnicas para el proceso del cuidado humano*
- *Gestión del cuidado en los diferentes niveles de atención*
- *Vincular su práctica social con la vigilancia epidemiológica en el contexto territorial.*
- *Promueve con equidad la responsabilidad del auto cuidado.*
- *Diseña, ejecuta y evalúa en la convivencia con la comunidad planes, programas y proyectos de salud individual, local y regional.*

Un elemento interesante de la propuesta de este programa, gira en torno a la evaluación de la práctica clínica, concebida como *“una experiencia independiente que se traduce en un estudio de caso, este implica la descripción de los hábitos de vida o estilo de vida de una persona, familia, grupos o comunidad con una patología o factores de riesgos que puedan generar problemas de salud y así, aproximarse a su realidad humana y social mediante el proceso enfermero”.*

Resumen

A continuación se presenta un resumen sistematizado de los avances en la incorporación del enfoque de APS a la formación de los profesionales de enfermería en los países miembros del ORAS (Tabla 12)

Aspecto	Estado actual
Referentes Institucionales y del Programa Académico (Proyecto Educativo, misión, visión)	No se encuentran hallazgos específicos de incorporación de los conceptos APS e interculturalidad en salud en dichos documentos.
Fundamentación conceptual del programa	<p>A partir de la información disponible, la fundamentación conceptual de los programas analizados recoge la mayor parte de los elementos de competencia propuestos para el desempeño en APS, sin embargo, en la mayoría de éstos no se encuentran planteados en forma explícita.</p> <p>En relación con el componente de interculturalidad en salud, no se hace mención a paradigmas, teorías o conceptos que sustenten la incorporación de mismo al diseño curricular de los programas, haciéndose alguna referencia a competencias genéricas asociadas a la profesión.</p>
Objetivos / Propósitos de formación	En la mayoría de los programas no se establecen objetivos o propósitos de formación específicos en APS, sin embargo, en la mayoría de los casos se proponen elementos genéricos de competencia que pueden clasificarse en las mismas categorías definidas para los equipos de APS.
Perfil y competencias de egreso	Dada la naturaleza y el objeto de estudio de la profesión, el perfil y las competencias de egreso pueden asimilarse a las que se han establecido para los miembros de los equipos de APS, sin embargo, la mayor parte de éstas se han establecido en relación con el desarrollo académico y el ejercicio profesional en el ámbito del primer nivel de atención y no de un modelo de organización del sistema de salud.
Diseño curricular	El análisis del diseño curricular de los programas analizados no pudo completarse de manera efectiva, dada la heterogeneidad y bajo nivel de profundidad de la información disponible en internet acerca de este aspecto y el bajo nivel de respuesta por parte de los programas académicos.
Contenidos	Dado el nivel de profundidad de la información disponible en internet y la brevedad del tiempo

	destinado para el estudio, no fue posible realizar un análisis detallado de los contenidos académicos, sin embargo, a partir de los datos disponibles, todos los planes de estudio incluyen espacios para la reflexión y la formación social y humanística, aunque no se hallan indicios de la inclusión de temáticas o espacios destinados al desarrollo de competencias interculturales.
Estrategias didácticas	A partir de la información proporcionada por los programas del área, se observa una amplia variedad de estrategias y recursos didácticos, incluyendo clases magistrales, talleres de aprendizaje significativo, juego de roles, debates académicos, análisis situacional de casos y prácticas comunitarias, entre otros.
Estrategias de evaluación	A partir de la información proporcionada por los programas del área, se evidencia una amplia variedad de estrategias y recursos de evaluación, incluyendo pruebas de valoración de conocimientos, portafolio de actividades, rúbrica, debates académicos e informes de prácticas, entre otros.
Escenarios de práctica	En la mayoría de los programas que proporcionaron información, los escenarios de práctica en APS corresponden a instituciones educativas / comunitarias y/o de primer nivel de atención, incluyéndose en muy pocos casos, la práctica en escenarios clínicos de mayor complejidad.
Incorporación del enfoque APS	En opinión de los directivos de los programas incluidos en el estudio, el porcentaje de avance en la incorporación del enfoque de APS en la formación de los profesionales de enfermería está en 55%, con un rango que oscila entre 30% y 100%.

Tabla 12. Resumen sistematizado incorporación del enfoque APS y componente intercultural en los programas de formación en enfermería en los países miembros del Organismo Andino de Salud

3.3. Incorporación de la estrategia de APS a la formación de talento humano en medicina

3.3.1. Análisis de información disponible en la red

Como en el caso de enfermería, los resultados de este apartado son producto del análisis de los datos disponibles en los portales electrónicos de las instituciones de educación superior que ofertan programas de formación en medicina en los países incluidos en el estudio y de la información consignada

en el formulario enviado a los directivos de los mismos, a través de las Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud.

Misión/Objetivo

Se incluyeron datos de la misión, el objetivo y/o el propósito de formación de 93 programas de medicina de Bolivia (5), Chile (15), Colombia (33), Ecuador (10), Perú (22) y la República Bolivariana de Venezuela (8), encontrándose, como en caso anterior importantes diferencias en la extensión, calidad y profundidad de la información disponible.

En términos de lo expresado en la misión/objetivo de los programas analizados, es posible encontrar un alto nivel de correspondencia con el perfil utilizado como marco de referencia para la formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud, en términos de “alta sensibilidad social”, “capacidad de liderazgo”, “comportamiento ético”, “prestación de atención integral a las patologías prevalentes en todos los niveles de complejidad, incluyendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

La frecuencia y el porcentaje de aparición de los trazadores de incorporación del enfoque de APS en la misión/objetivo/propósitos de formación de los programas de medicina analizados en el estudio se encuentran detallados en la Tabla 13.

Los trazadores identificados con mayor frecuencia en la misión/ objetivo/ propósitos de formación de los programas de medicina incluidos en el estudio fueron medicina / medicina general (100%), cuidado integral de la salud (30.1%), salud comunitaria (29%), promoción de la salud (20.4%), atención médica integral (18.9%), prevención de la enfermedad (17.2%) y educación en salud (12.6%)

Trazador	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria de Salud	3	3.2
Cuidado / Primario de la Salud	6	6.4
Atención Primaria / Cuidado Primario	9	9.6
Salud Familiar	--	--
Salud Comunitaria	27	29
Promoción de la Salud	19	20.4
Prevención de la Enfermedad	16	17.2

Cuidado Integral de la Salud	28	30.1
Comunicación	1	1
Trabajo en equipo	5	5.3
Liderazgo	15	16.1
Gestión de la Información	8	8.6
Gestión de Recursos	10	10.5
Interdisciplinariedad	7	7.5
Interculturalidad / Multiculturalidad	5	5.3
Educación en Salud	12	12.6
Determinantes de la Salud	--	--
Medicina / General	93	100
Medicina Comunitaria	3	3.2
Atención médica integral	18	18.9

Tabla 13. Frecuencia y proporción de trazadores de incorporación del enfoque de APS en la misión/objetivo/propósitos de formación en los programas de medicina en países miembros del Organismo Andino de Salud

Solamente tres programas, uno de Chile y dos de Colombia, hacen mención al concepto en los portales electrónicos visitados:

Chile

Universidad San Sebastián

*“Formar médicos cirujanos con sólidos conocimientos científico-clínicos, que contribuyen al desarrollo efectivo en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas, estando contempladas prácticas centradas en capacitar en **atención primaria** y clínica hospitalaria”.*

Colombia

Universidad La Sabana

*“Proporcionar una formación basada en los principios bioéticos para la práctica humanística de la medicina general, en la solución de los problemas de salud a nivel regional, nacional e internacional, con énfasis en la **atención primaria** y con proyección a la secundaria y terciaria”.*

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)

“La formación integral de sus estudiantes como profesionales de Medicina, que respondan humana, científica, ética y socialmente a las necesidades de

*salud de nuestras comunidades, haciendo énfasis en la **Atención Primaria en Salud**, liderando procesos efectivos y equitativos de transformación social, encaminados al bienestar individual y colectivo”.*

Se hace mención a la dimensión cultural de la salud en quince programas académicos, sin embargo, la referencia específica a la interculturalidad de la salud, solamente se encuentra presente en tres casos:

Bolivia

Universidad Católica San Pablo

*“Formar Médicos Cirujanos socialmente comprometidos capacitados para resolver los principales problemas concernientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con ética y calidad en beneficio de la población boliviana y que desarrollan investigación médica, **en estrecha interacción social y cultural**, siempre en el marco de las políticas nacionales de salud”.*

Perú

Universidad Nacional de Piura

*“Somos una Facultad que promueve los valores éticos, genera y difunde conocimientos por medio de la Investigación y **promueve la cultura nacional y regional en un contexto de pluralismo y diversidad cultural**”.*

Perfil profesional

En el perfil profesional de los médicos de los países del Organismo Andino de Salud ORAS, se destacan la *“excelencia humanística y profesional”, “la fundamentación científica y tecnológica”, “la integralidad de la formación”, “los valores éticos y humanísticos”, la autonomía en el ejercicio profesional” y “la capacidad de trabajo en equipo”.*

Como en el caso de enfermería, la comparación entre universidades se hace difícil por la gran variabilidad de la información disponible en los portales electrónicos en términos de cantidad y calidad, no obstante se identificó un

perfil profesional y ocupacional en APS en veinte de las instituciones universitarias analizadas, lo que corresponde a 21% de los programas revisados.

La frecuencia y el porcentaje de aparición de los trazadores de incorporación del enfoque de APS en el perfil profesional de los programas de medicina analizados en el estudio se encuentran detallados en la Tabla 14.

Trazador	Frecuencia	Porcentaje
Atención Primaria de Salud	20	21.5
Cuidado / Primario de la Salud	21	22.6
Atención Primaria / Cuidado Primario	41	44
Salud Familiar	2	2.1
Salud Comunitaria	4	4.2
Promoción de la Salud	51	54.8
Prevención de la Enfermedad	49	52.7
Cuidado Integral de la Salud	3	3.22
Comunicación	30	32.3
Trabajo en equipo	54	58
Liderazgo	26	28
Gestión de la Información	26	28
Gestión de Recursos	22	23.7
Interdisciplinariedad	2	2.1
Interculturalidad / Multiculturalidad	15	16.1
Educación en Salud	22	23.7
Determinantes de la Salud	4	4.2
Medicina / General	93	100
Medicina Comunitaria	3	3.2
Atención médica integral	15	16.1

Tabla 14. Frecuencia y proporción de trazadores de incorporación del enfoque de APS en el perfil profesional de los programas de medicina en países miembros del Organismo Andino de Salud.

Entre los trazadores de mayor frecuencia en el perfil profesional de los programas de medicina incluidos en el análisis se destacan promoción de la salud (54.8%), prevención de la enfermedad (52.7%), comunicación (32.3%), liderazgo (28%), gestión de la información (28%), educación en salud (23.7%), gestión de recursos (23.7%), atención primaria (22.6%) y atención primaria en salud (21.5%)

A continuación, se presentan algunos elementos de alta frecuencia en el perfil profesional de los programas analizados, que pueden dar cuenta de un desempeño eficaz en sistemas de salud basados en APS:

- Consideración de la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje de la formación médica.
- El enfoque biopsicosocial de la salud como una perspectiva de comprensión integral del proceso salud – enfermedad y como un modelo privilegiado de atención.
- Incorporación de la dimensión ambiental a los planes de estudio y perfiles de egreso.
- Importancia de la comunicación entre pares, con los pacientes y con la comunidad.
- Competencias para el desempeño idóneo en el primer nivel de atención y como parte de equipos interdisciplinarios en otros niveles de complejidad de los sistemas sanitarios.
- Competencia para dar respuesta a las necesidades de salud prevalentes y las urgencias no derivables de la población.
- Habilidades de gestión y administración de recursos.
- Manejo de información clínica, epidemiológica y administrativa.

Planes de estudio

El análisis comparativo de los planes de estudio / mallas curriculares disponibles en internet presentó las mismas dificultades que en el caso de enfermería, las cuales se relacionaron con la heterogeneidad de los diseños curriculares (asignaturas, cursos integrados, mixtos, modulares, por problemas), la variabilidad de contenidos que pueden ofrecer dos cursos del mismo nombre y/o la coincidencia de contenidos que pueden estar inmersos en dos cursos de distinto nombre, así como la falta de profundidad en las explicaciones contenidas en los portales respecto a la estructura, la secuencialidad, la integración horizontal y vertical y la organización de los planes de estudio.

No obstante lo anterior, se revisaron 78 planes de estudio de programas de formación en medicina, estableciéndose las siguientes conclusiones de orden general:

- La mayoría de los planes de estudio están organizados en áreas de formación compuestas por cursos o asignaturas que dan cuenta de los desarrollos académicos de los estudiantes.

- El 95% de los programas analizados incluyen cursos enfocados a promover las competencias comunicativas, el manejo eficiente de la información y la aplicación del conocimiento a la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.
- Aunque se observa una tendencia a incluir cursos de orientación social y humanística, el porcentaje de dedicación a dichos temas es bajo en comparación con el componente clínico.
- En la mayoría de los planes de estudio no se visualiza la transversalización del área social de la medicina, estando limitada a momentos puntuales de la ruta de formación.
- La totalidad de los programas analizados incluyen cursos de ética general, ética profesional, bioética general y bioética clínica, encontrándose diferencias importantes en el peso y profundidad de dichos espacios, de acuerdo con la naturaleza de las instituciones que los albergan y con el perfil profesional esperado.
- Solamente 7 programas (<10%) incluyen cursos específicos de Atención Primaria en Salud, sin embargo, este porcentaje aumenta al triple cuando se consideran los cursos relacionados como salud familiar, salud comunitaria, medicina familiar, medicina familiar y comunitaria, internado especial en salud familiar y/o comunitaria.
- Aunque la mayoría de los planes de estudio incluyen cursos de fundamentación en investigación, solamente en una pequeña proporción se identifica una intencionalidad formativa orientada hacia la investigación operativa.

3.3.2. Análisis de encuestas diligenciadas por directivos de programas académicos de medicina

Chile

Se recibió respuesta de 1 programa de formación profesional en medicina, de los 19 que fueron identificados en el país, lo que corresponde a 5.26% del total. (Tabla 15)

Chile
Universidad de Valparaíso

Tabla 15. Programas de Medicina Chile

De acuerdo con la información recibida, la intencionalidad formativa en APS ni la incorporación del enfoque intercultural se hacen explícitas en la fundamentación conceptual, la misión, los objetivos de formación o el proyecto educativo del programa.

No obstante lo anterior, en opinión de los directivos del programa, en el perfil del egresado se expresan varias de las competencias esperadas en los profesionales formados en un enfoque de APS:

*“El profesional recién egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso es un médico general que está en condiciones de **promover la salud y prevenir la enfermedad, en las personas y en las comunidades**, sobre la base del conocimiento integral del desarrollo normal del ser humano y de la sociedad.*

*Su quehacer – **promocional, preventivo, curativo y rehabilitador** – se caracteriza por el diagnóstico oportuno de las patologías humanas, sustentado en el conocimiento médico actualizado, y además, por el tratamiento y/o derivación a los pacientes de la manera más adecuada y oportuna, basándose en su **capacidad para considerar y analizar todas las variables propias del médico, del paciente y del entorno** que pudieran incidir en tal decisión. En esta labor, tanto en servicios públicos como privados, **utiliza los recursos humanos, materiales y financieros de manera eficaz y eficiente**”.*

*“[...] En su desarrollo laboral interactúa eficazmente y **promueve el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios e inter y multisectoriales**, asumiendo un liderazgo positivo y participativo cuando las situaciones lo requieran y siempre contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico”.*

Entre los espacios destinados a la formación en APS se destacan: salud y sociedad, introducción a la clínica médica, profesionalismo y práctica de la medicina, gestión en salud, clínica de atención familiar e internado de Atención Primaria de Salud.

Entre las estrategias didácticas utilizadas para la enseñanza – aprendizaje y/o desarrollo de competencias en atención primaria en salud y campos afines se incluyen *“clases magistrales, debates, juego de roles, diagnóstico de salud*

participativo, intervención en promoción de la salud, prácticas en APS, educación en adultos y proyecto de promoción de la salud”.

En cuanto a los escenarios para el desarrollo de prácticas en Atención Primaria de Salud, se incluyen *“instituciones educativas, centros comunitarios e instituciones de primer nivel de atención”*, indicio que el concepto está planteado desde el enfoque de complejidad de los servicios y no desde la perspectiva de modelo de salud.

En relación con el avance en la incorporación del enfoque de APS en el programa, el porcentaje puede alcanzar un 20% a 30% y *“aunque desde 2005, esta escuela está más cerca de lo recomendado por OPS, aunque falta mucho, la formación sigue siendo fundamentalmente entregada por médicos especialistas y en hospitales de alta complejidad”*.

Colombia

Se recibió respuesta de 19 programas de medicina, de los 56 que fueron invitados a participar del estudio por el país, lo que corresponde a 33.92% del total. (Tabla 16)

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Fundación Universitaria Las Américas
Universidad El Bosque
Universidad de Caldas
Universidad del Cauca
Universidad Metropolitana
Universidad Tecnológica de Pereira
Fundación Universitaria San Martín (Cali)
Fundación Universitaria San Martín (Bogotá)
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)
Pontificia Universidad Javeriana (Cali)
Universidad de Boyacá
Fundación Universitaria Remington
Fundación Universitaria Sanitas
Universidad Juan N. Corpas
Universidad Simón Bolívar
Universidad Central del Valle
Universidad del Norte

Tabla 16. Programas de Medicina Colombia

A continuación se presenta la información proporcionada por los directivos responsables del diligenciamiento del instrumento, la cual fue contrastada con los datos obtenidos de los portales electrónicos de los respectivos programas.

En 18 de los programas (95%) incluidos en el estudio se hace explícita la intencionalidad formativa en atención primaria en salud (APS) en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa/proyecto educativo de programa/documento marco del programa).

En 17 de los programas (87.4%) participantes se establece la intencionalidad formativa con un enfoque intercultural en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa/proyecto educativo de programa/documento marco del programa, sin embargo, se observa alguna confusión respecto a la definición del concepto de interculturalidad en el área de la salud.

En la totalidad de los programas se expresa una intención formativa claramente orientada a APS en la misión, el objeto y/o los propósitos de formación, en contraste, solamente 14 programas (73%) expresan la misma intencionalidad frente al enfoque intercultural.

Así mismos, en todos los programas analizados se considera que el perfil de egreso (profesional/ocupacional) está orientado hacia APS, al indagar por competencias de egreso en APS o relacionadas con el tema, la totalidad de los programas manifestó haberlas desarrollado a lo largo de la formación del estudiante.

En coincidencia con lo anterior, la totalidad de los directivos considera que el diseño curricular de sus programas incluye contenidos relacionados con APS y cuenta con espacios de formación destinados al desarrollo de las competencias esperadas en ese ámbito.

El número promedio de horas destinadas al desarrollo de contenidos de APS varía significativamente de un programa a otro, incluyéndose diferentes espacios (cursos, asignaturas, prácticas), a los que se asignan diferentes intensidades.

Por otra parte, al igual que en enfermería los métodos y estrategias utilizados para la enseñanza - aprendizaje/desarrollo de competencias en atención primaria en salud y campos afines (salud/medicina familiar, salud/medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen clases teóricas, análisis de casos, sesiones de aprendizaje colaborativo, talleres de aprendizaje significativo, prácticas comunitarias, conversatorios, exposiciones, discusiones grupales, foros interdisciplinarios, desarrollo de guías de trabajo independiente, proyectos de investigación de aula y visitas domiciliarias.

Desde la perspectiva de la evaluación, los métodos utilizados para la evaluación en atención primaria en salud y campos afines (salud/ medicina familiar, salud/medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen pruebas escritas y orales, participación en foros presenciales y virtuales, elaboración de rúbricas, portafolio de prácticas, informes de investigación de aula, entre otras.

En la totalidad de los programas incluidos en el estudio se tiene contemplada la realización de prácticas en APS, encontrándose grandes variaciones respecto a los porcentajes de tiempo destinados a dicha actividad, así como la distribución de las rotaciones en los escenarios propuestos (instituciones de salud de los diferentes niveles de complejidad, centros comunitarios, instituciones educativas, hogares de adultos mayores).

Dado que el instrumento no permite conocer la naturaleza y características de las prácticas en los diferentes niveles de complejidad, es imposible calificarlas objetivamente como de Atención Primaria de Salud, especialmente si se tiene en cuenta que la concepción definida en el marco de referencia incluye el desarrollo de acciones en todos los niveles del sistema.

El promedio de créditos académicos de las unidades incluidas en la muestra es 270 (rango 215 - 300), de los cuáles se destinan 34 créditos (12.5%) a la formación teórica, 22 créditos (8.15%) a las prácticas y 11 créditos (4%) a la formación flexible en Atención Primaria en Salud (Tabla 17).

Es importante anotar que los promedios fueron obtenidos a partir de las respuestas proporcionadas por los directivos de las unidades académicas y

que en algunos casos no se registraron respuestas en los formularios correspondientes.

Créditos totales	270 (215 – 300)
Créditos destinados a APS (Teóricos)	34 (12.5%)
Créditos destinados a APS (Prácticas)	22 (8.15%)
Créditos destinados a APS (Flexibles)	7.00 (4%)

Tabla 17. Créditos destinados a APS en un grupo de programas de medicina (Colombia)

Finalmente, en opinión de los directivos de los programas académicos, el porcentaje de avance promedio en la incorporación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en el plan de formación vigente es de 47% (rango 12% - 100%), dato que contrasta con la información proporcionada por los mismos directivos en relación con los créditos asignados a los cursos teóricos, teórico prácticos o prácticos y al componente flexible o de profundización en el área.

Venezuela

Solamente se recibió respuesta del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria de la Universidad Bolivariana de Venezuela (Tabla 15).

Venezuela
Universidad Bolivariana de Venezuela

Tabla 18. Programas de Medicina Venezuela

De acuerdo con la información suministrada por los directivos, el programa tiene una clara intencionalidad formativa hacia la Atención Primaria de Salud, expresándose en los referentes conceptuales que sustentan el diseño curricular que:

“Se concibe una nueva orientación para la construcción y desarrollo del conocimiento centrándose en la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad a partir de la estrategia de atención primaria de salud, lo que posibilita nuevas representaciones, complejas y multidimensionales del mundo y del ser humano”

En cuanto a la inclusión del referente de interculturalidad en los objetivos de formación, se menciona lo siguiente:

*“Establecer una relación médico-paciente, así como del equipo de salud con el paciente, la familia y la comunidad, basada en el respeto, la ética, compromiso y solidaridad con **respeto a la diversidad cultural** y ejecutar acciones sistemáticas de promoción de salud mediante actividades de educación para la salud a individuos, familias, comunidades, escuelas y centros de trabajo de acuerdo con las necesidades de la comunidad y lo establecido en las políticas, planes y programas de atención primaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud con **respeto a la diversidad cultural**”.*

En la misma línea, los objetivos educacionales, expresados en el documento marco del programa están planteados en torno a:

1. *Desarrollar una concepción científica social a fin de promover y consolidar una conducta médica con pertinencia social.*
2. *Apreciar la responsabilidad de la profesión médica en el fomento de la salud y la prevención, atención, recuperación de la salud y la rehabilitación de los enfermos.*
3. *Comprender a la salud y su recuperación como situación de equilibrio armónico y dinámico entre el individuo, la colectividad y el medio ambiente, que posee dimensiones sociales, psicológicas y biológicas; y la enfermedad como la expresión general de alteración de la integridad del ser humano (individuo y colectividad) que se manifiesta como alteración predominante de uno de ellos en su interacción con los restantes; tanto en el momento de interpretar el fenómeno sociobiológico como en el de su transformación.*
4. *Propiciar la participación consciente, activa y permanente de la población en las acciones de salud, como ayuda eficaz y esencial que favorezca la solución de sus problemas de salud.*

En cuanto al perfil de egreso, es clara la orientación de la formación hacia la APS, cuando se expresa *“ El Médico Integral Comunitario es un médico con competencias diagnósticas, terapéuticas, de investigación e innovación, capaz de brindar atención médica integral, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la*

familia, la comunidad y el medio ambiente; con el empleo de los métodos clínico, epidemiológico y socio comunitario, un profundo enfoque social, portador de valores éticos, humanísticos, solidarios y de actitud ciudadana y llamado a transformar la situación de salud, en correspondencia con las exigencias de la sociedad actual de la República Bolivariana de Venezuela”.

Respecto a las competencias de egreso, se destacan “el abordaje de problemas individuales y colectivos de salud, incluyendo actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y manejo ambiental, con fundamento en los métodos clínico, epidemiológico y socio comunitario”.

Dentro de los cursos on orientación específica hacia la APS, se incluyen:

- Introducción a la Atención Primaria de Salud.
- Procederes básicos en la Atención Primaria de Salud.
- Salud Comunitaria y Familiar I.
- Salud Comunitaria y Familiar II.
- Salud Comunitaria y Familiar III.
- Salud Comunitaria y Familiar IV.
- Atención Integral en Salud.
- Análisis de Situación en Salud.
- Intervención en Salud.
- Atención Integral a la Familia y la Comunidad.

Desde la perspectiva de las estrategias pedagógicas utilizadas por el programa, se plantea que *“las formas y métodos de enseñanza que han de aplicarse en las actividades docentes de esta unidad curricular deben tener en cuenta, no sólo lo establecido en los objetivos generales educativos e instructivos, sino también garantizar como actividades fundamentales del estudiante, el trabajo independiente y el aprendizaje activo desde los escenarios de la comunidad, los que pueden ser: Aulas multipropósito, consultorios médicos, salas de rehabilitación integral, centros médicos de diagnóstico integral, centros médicos de diagnóstico de alta tecnología y centros con acceso a Internet, entre otros”.*

Adicionalmente, en términos del proceso de planeación académica, se manifiesta “[...] *es de señalar que antes del comienzo de la unidad curricular se desarrolla un proceso de inducción, que parte de la coordinación nacional de docencia, la del estado, la de los municipios y a nivel de Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), en las que participan los profesores que la impartirán, con el objetivo de preparar al personal docente en las particularidades de la asignatura*”.

[La evaluación] *“está relacionada con los objetivos específicos a lograr por los estudiantes. Este tipo de evaluación podrá ser escrita u oral, teórica, práctica o teórica/práctica y se les realiza a todos los estudiantes del núcleo docente. Se desarrolla en el aula multipropósito, en las diferentes formas de clase encuentro, está dirigida a la comprobación del logro de los objetivos específicos y se tiene en cuenta para otorgar la calificación final de la asignatura”*

En el ámbito de las prácticas, *“desde el curso introductorio a las ciencias médicas hasta el sexto año de la carrera, los estudiantes realizan práctica docente diariamente en los siguientes escenarios de formación: Consultorio Barrio Adentro, Centro de Diagnósticos Integral y comunidades, entre otros, llevándose a cabo TCI (Trabajo Comunitario Integrado) - visita domiciliaria y atención de casos específicos, consultas médicas, charlas de promoción y prevención en salud – todos los fines de semana”*.

En resumen, de acuerdo con la información proporcionada por los directivos del programa, la incorporación del enfoque de APS a la formación de los médicos integrales comunitarios de la Universidad Bolivariana de Venezuela alcanza el 80%

Resumen

A continuación se presenta un resumen sistematizado de los avances alcanzados en la incorporación del enfoque de APS a la formación de los profesionales de medicina en el grupo de países miembros del Organismo Andino de Salud (Tabla 19).

Aspecto	Estado actual
Referentes Institucionales y del Programa Académico (Proyecto Educativo, misión, visión)	<p>En términos de lo expresado en la misión/objetivo de los programas analizados, es posible encontrar un alto nivel de correspondencia con el perfil utilizado como marco de referencia para la formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud, en términos de “alta sensibilidad social”, “capacidad de liderazgo”, “comportamiento ético”, “prestación de atención integral a las patologías prevalentes en todos los niveles de complejidad, incluyendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.</p> <p>Solamente cuatro programas establecen de forma explícita la intencionalidad formativa en el enfoque de Atención Primaria de Salud, sin embargo, al no disponer de información completa acerca del diseño curricular, no es posible profundizar en la correlación existente entre estos referentes y los elementos del proceso de formación.</p>
Fundamentación conceptual del programa	<p>Como en el caso de los programas de formación en enfermería, a partir de la información disponible, la fundamentación conceptual de los programas analizados recoge la mayor parte de los elementos de competencia propuestos para el desempeño en APS, sin embargo, en la mayoría de éstos no se encuentran planteados en forma explícita.</p> <p>En relación con el componente de interculturalidad en salud, no se hace mención a paradigmas, teorías o conceptos que sustenten la incorporación de mismo al diseño curricular de los programas, haciéndose alguna referencia a competencias genéricas asociadas a la profesión.</p> <p>Solamente en un programa se encuentran indicios de la coherencia entre la fundamentación conceptual orientada a la APS y los desarrollos curriculares propuestos para la formación de los futuros profesionales de la medicina.</p>
Objetivos / Propósitos de formación	<p>En la mayoría de los programas no se establecen objetivos o propósitos de formación específicos en APS, sin embargo, en casi todos los casos se proponen elementos genéricos de competencia que pueden clasificarse en las mismas categorías definidas para los equipos de APS.</p>
Perfil y competencias de egreso	<p>Dada la naturaleza y el objeto de estudio de la profesión, el perfil y las competencias de egreso pueden asimilarse a las que se han establecido para los médicos con enfoque en APS, sin embargo, la mayor parte de éstas se han establecido en relación con el desarrollo</p>

	académico y el ejercicio profesional en el ámbito del primer nivel de atención y no de un modelo de organización del sistema de salud.
Diseño curricular	El análisis del diseño curricular de los programas analizados no pudo completarse de manera efectiva, dada la heterogeneidad y bajo nivel de profundidad de la información disponible en internet acerca de este aspecto y el bajo nivel de respuesta por parte de los programas académicos.
Contenidos	Dado el nivel de profundidad de la información disponible en internet y la brevedad del tiempo destinado para el estudio, no fue posible realizar un análisis detallado de los contenidos académicos, sin embargo, a partir de los datos disponibles, todos los planes de estudio incluyen, en mayor o menor grado, espacios para la reflexión y la formación social y humanística, aunque no se hallan indicios de la inclusión de temáticas o espacios destinados al desarrollo de competencias interculturales.
Estrategias didácticas	A partir de la información proporcionada por los programas del área, se observa una amplia variedad de estrategias y recursos didácticos, incluyendo clases magistrales, talleres de aprendizaje significativo, juego de roles, debates académicos, análisis situacional de casos, aprendizaje basado en problemas y prácticas comunitarias, entre otros.
Estrategias de evaluación	A partir de la información proporcionada por los programas del área, se evidencia una amplia variedad de estrategias y recursos de evaluación, incluyendo pruebas de valoración de conocimientos, portafolio de actividades, rúbrica, debates académicos e informes de prácticas, entre otros.
Escenarios de práctica	En la mayoría de los programas que proporcionaron información, los escenarios de práctica en APS corresponden a instituciones educativas / comunitarias y/o de primer nivel de atención, incluyéndose en muy pocos casos, la práctica en escenarios clínicos de mayor complejidad.
Incorporación del enfoque APS	En opinión de los directivos de los programas incluidos en el estudio, el porcentaje de avance en la incorporación del enfoque de APS en la formación de los profesionales de medicina está en 48%, con un rango que oscila entre 12% y 100%.

Tabla 19. Resumen sistematizado incorporación del enfoque APS y componente intercultural en los programas de formación en medicina en los países miembros del Organismo Andino de Salud

3.4. Otros programas de formación en APS

De acuerdo con la información proporcionada por las Direcciones Nacionales de Talento Humano en Salud de los países que participaron en el estudio, la oferta de programas de formación específica en APS y áreas afines en los países afiliados al Organismo Andino de Salud – ORAS, está conformada como se detalla en las tablas 20 a 25.

Es importante anotar que la información que se presenta a continuación fue complementada con la búsqueda de información en internet, dado que los datos proporcionados por algunos países fue presentada de forma muy general o incompleta, encontrándose en todo caso, algunos vacíos respecto a las características de los programas en términos de las instituciones ofertantes, el número de créditos y la titulación.

3.4.1. Chile

Según el delegado de Chile, en ese país se tiene la posibilidad de participar en actividades de educación formal (Especialidad de Medicina Familiar) y no formal (cursos y diplomados), discriminados así:

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado
Especialidad de Medicina Familiar	Especialidad		Especialista en Medicina Familiar
Diplomados en Medicina Familiar (Básico, y Avanzado)	Diplomado	600 horas	Diplomado en Medicina Familiar
Diplomado en Salud Familiar	Diplomado	600 horas	Diplomado en Salud Familiar
Diplomado Humanización del Trato	Diplomado	600 horas	--
Curso Salud Familiar y Trato Usuario	Curso	100 horas	--

categorías C-D-E-F			
Gestión Farmacia (Metodología EPS)	Curso	100 horas	--
Gestión de la Demanda (Metodología EPS)	Curso	100 horas	--
Curso Modelo de Cuidado de Pacientes con Patología Crónica (Modelo Warner)	Curso	100 horas	--
Curso formación para Agentes Comunitarios	Curso	100 horas	--
Curso protección radiológica profesionales y TENS que trabajan con equipos de rayos en CECOSF, SAR y CESFAM.	Curso	100 horas	--
Compromiso Presidencial, Piloto "Competencias en la detección y manejo del trauma psicológico para funcionarios de APS en el contexto de emergencias y desastres" dirigidos a Equipos de Salud Mental. 1 comuna S.S. Maule; 1 comuna S.S. Concepción; 1 comuna S.S. Valparaíso-San Antonio, 1 comuna	Curso	100 horas	--

S.S. Iquique.			
Curso Gestión de RR.HH APS, dirigido a Jefes o Encargados de RR.HH de las comunas.	Curso	100 horas	--
Curso Metodología de Educación de Adultos.	Curso	100 horas	--

Tabla 20. Programas de formación en APS y áreas afines de Chile. Fuente: División Atención Primaria. Departamento Gestión Recursos para el Modelo: Ministerio de Salud de Chile. 2015

3.4.2. Colombia

En Colombia se cuenta con la posibilidad de formación a nivel de especialidad médica (Medicina Familiar) y a nivel de especialización no médica (Salud Familiar).

En la actualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social lidera una iniciativa gubernamental para incrementar la oferta de cupos en los dos campos de formación.

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado
Especialización en Medicina Familiar Universidad El Bosque	Especialización Clínica	--	Especialista en Medicina Familiar
Especialización en Medicina Familiar Universidad del Cauca	Especialización Clínica	--	Especialista en Salud Familiar
Especialización en Medicina Familiar Universidad del Valle	Especialización Clínica	--	Especialista en Medicina Familiar
Especialización en Medicina Familiar	Especialización Clínica	--	Especialista en Medicina Familiar

Universidad Javeriana			
Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria Universidad La Sabana	Especialización Clínica	196	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Especialización en Medicina Familiar Universidad Libre	Especialización Clínica	--	Especialista en Medicina Familiar
Especialización en Medicina Familiar Universidad del Norte	Especialización Clínica	--	Especialista en Medicina Familiar
Especialización en Medicina Familiar Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Especialización Clínica	208	Especialista en Medicina Familiar
Especialización en Medicina Familiar Integral Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Especialización Clínica	3 años*	Especialista en Medicina Familiar Integral
Especialización en Salud Familiar Universidad del Valle	Especialización no médica	--	Especialista en Salud Familiar
Especialización en Salud Familiar Integral Universidad Nacional de Colombia	Especialización no médica	--	Especialista en Salud Familiar
Especialización en Salud Familiar y Comunitaria Universidad El Bosque	Especialización no médica	22	Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
Especialización en Salud Familiar	Especialización no médica	32	Especialista en Salud Familiar

Universidad de los Llanos			
Especialización en Salud Familiar	Especialización no médica	--	Especialista en Salud Familiar
Fundación Los Libertadores			
Maestría en Salud Familiar	Maestría	48	Magister en Salud Familiar
Universidad Católica de Oriente			

Tabla 21. Programas de formación en APS y áreas afines de Colombia Fuente: Sistema Nacional de Información de la Educación Superior – SNIES. 2015

3.4.3. Ecuador

Es el único país de la Región que cuenta con un programa de nivel Técnico en Atención Primaria de Salud y una especialización en la misma área: (Tabla 22)

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado
Técnico en Atención Primaria de Salud	Técnico	--	Técnico en Atención Primaria de Salud
Especialización en Atención primaria de Salud	Especialización no clínica	34	Especialista en Atención Primaria de Salud
Especialización en Medicina Familiar / Comunitaria			
Pontificia Universidad Católica de Ecuador y Universidad de Cuenca	Especialización Clínica	3 años	Especialista en Medicina Familiar

Tabla 22. Programas de formación en APS y áreas afines de Ecuador. Fuente: Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano. Ministerio de Salud del Ecuador. 2015

3.4.4. Perú

Según la información del delegado de Talento Humano en Salud, Perú cuenta con programas de educación postgradual (Especialidad profesional, especialidad médica y Maestría) y educación no formal (Diplomatura), estando discriminados así:

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado
Especialización / Residentado en Medicina Familiar y Comunitaria Universidades San Marcos, Federico Villarreal, Cayetano Heredia, San Antonio Abad del Cusco, San Agustín de Arequipa, Piura, San Martín de Porres y Ricardo Palma	Segunda Especialidad Profesional	130	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Salud Familiar y Comunitaria	Segunda Especialidad Profesional	70	Enfermero / Obstetra Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
Maestría en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud	Maestría	68	Magíster en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud

Tabla 23. Programas de formación en APS y áreas afines de Perú. Fuente: Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de Perú. 2015

3.4.5. Venezuela

Con base en la información proporcionada por la Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela, este país cuenta con programas de especialización y un programa de Maestría, los cuales responden a los lineamientos del gobierno central, estando discriminados como se presenta en la Tabla 23.

Adicionalmente, se llevó a cabo una búsqueda en Google con el objetivo de complementar los datos disponibles y detallar las instituciones ofertantes y las características de los programas, infortunadamente no se obtuvieron resultados significativos.

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado
Medicina General Integral	Especialización	--	Especialista en Medicina General Integral
Salud Comunitaria	Maestría	--	Magister en Salud Comunitaria
Promoción de la Salud Comunitaria	Especialización	--	Especialista en Promoción de la Salud Comunitaria
Educación para la promoción de la Salud Comunitaria	Especialización	--	Especialista en Educación para la promoción de la Salud comunitaria

Tabla 24. Programas de formación en APS y áreas afines de Venezuela. Fuente: Dirección General de Investigación y Educación. Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2015

En resumen, la oferta de programas de formación específica en Atención Primaria de Salud y programas afines al área, está conformada por 35 programas: 1 programa de nivel técnico (Ecuador), 31 programas de especialización (Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela) y 3 programas de

maestría (Colombia, Perú y Venezuela), los cuales se encuentran discriminados a continuación (Tabla 25).

Nivel de formación	Nombre del Programa	País	Tiempo de duración promedio
Técnico	Técnico en Atención Primaria de Salud	Ecuador (1)	No se tiene información
Especialización	Especialización Salud Familiar	Colombia (5) Perú (1)	1 año
Especialización	Especialización en Promoción de la Salud Comunitaria Especialización en Educación para la Promoción de la Salud Comunitaria	Venezuela (2)	No se tiene información
Especialización	Especialidad de Medicina Familiar (Chile) Especialización en Medicina Familiar / Medicina Familiar y Comunitaria (Colombia) Especialización en Medicina Familiar / Comunitaria (Ecuador) Residentado en medicina Familiar (Perú)	Chile (1) Colombia (10) Ecuador (2) Perú (8)	3 años
Especialización	Especialización en Atención Primaria de Salud	Ecuador (1)	1 año
Especialización	Especialización en Medicina General Integral	Venezuela (1)	No se tiene información
Maestría	Maestría en Salud Familiar (Colombia) Maestría en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud (Perú)	Colombia (1) Perú (1)	2 años
Maestría	Maestría en Salud Comunitaria	Venezuela (1)	No se tiene información

Tabla 25. Resumen programas de formación específica en APS y áreas afines en los países afiliados al Organismo Andino de Salud. Fuente: Informes Direcciones de Talento Humano en Salud. 2015

3.5. Experiencias significativas

A continuación se presentan dos experiencias significativas relacionadas con la incorporación del enfoque de APS a la formación de talento humano en salud.

La decisión de incluir estos programas se basó en la novedad del diseño, la coherencia con los perfiles y objetivos propuestos y la aplicabilidad pedagógica en relación con el tema.

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Programa de Medicina de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, adscrito a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, fue objeto de una reforma curricular reciente que partió de un cambio paradigmático y epistemológico, fundamentado en un análisis crítico del proceso salud enfermedad.

Desde esa perspectiva, el proyecto curricular tuvo un cambio de enfoque de una formación con claro predominio biomédico hacia una formación integral que incluye las dimensiones biológica, psicológica, cultural y social de la salud, desde una conciencia histórica.

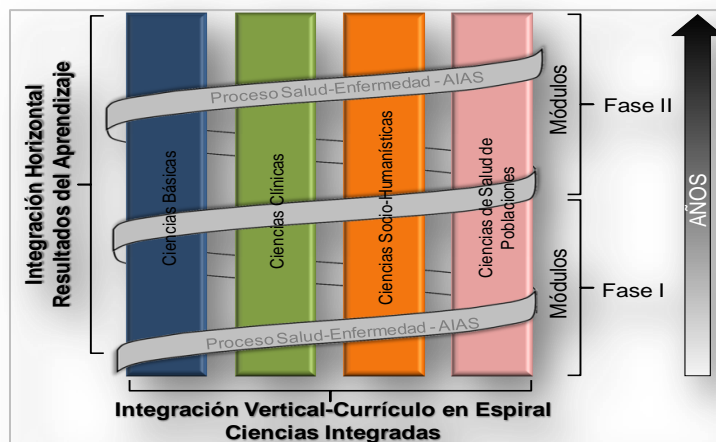


Figura 2. Esquema del diseño curricular del programa de medicina. Tomado de Instrumento de recolección de información de programas académicos Programa de Medicina Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Colombia. 2015

Se trata de un diseño curricular integrado, soportado por el modelo pedagógico de la enseñanza para la comprensión, un enfoque de adquisición y aplicación de conocimientos, basado en cuatro elementos: tópicos generativos, metas de comprensión, desempeños de comprensión y evaluación diagnóstica continua (Figura 2).

En palabras del Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud: *“La integración se da a partir de la Actividades Integradoras del Aprendizaje (AIAS), que no son otra cosa que los momentos del currículo en los que se hace explícita la integración horizontal y vertical del mismo, en otras palabras, un método de enseñanza-aprendizaje, variación del aprendizaje basado en problemas (ABP), que permite que el estudiante, a través de la resolución de problemas/casos, consiga los resultados del aprendizaje previamente diseñados para la adquisición de nuevo conocimiento, a partir del conocimiento ya adquirido”*.

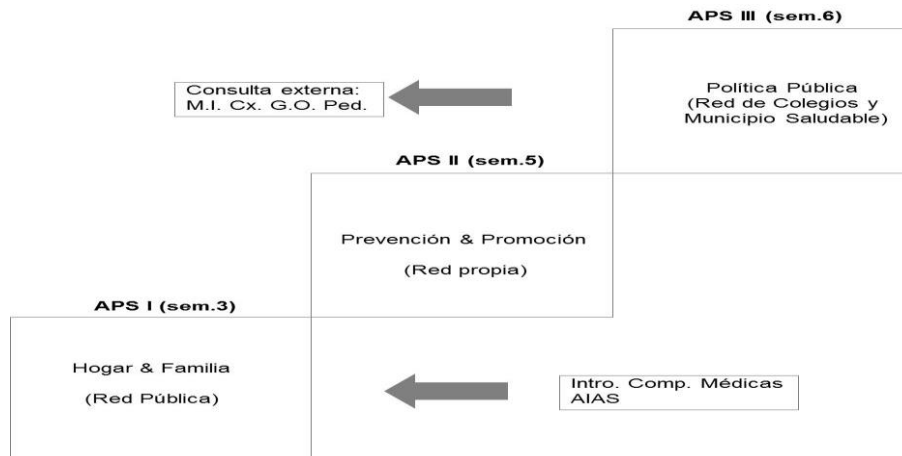


Figura 3. Esquema organización de prácticas de APS. Tomado de Instrumento de recolección de información de programas académicos Programa de Medicina Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Colombia. 2015

En este modelo, la evaluación es concebida como una estrategia de validación del aprendizaje y una oportunidad de desarrollo de las competencias personales y profesionales. Entre las estrategias incluidas en la evaluación de los aprendizajes en APS se incluyen la elaboración de rúbricas y portafolios, la presentación de informes de investigación y/o trabajo de campo, entre otros)

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

El Programa de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, ajustó su diseño curricular en el año 2007, con el objetivo de enfocar la formación de sus egresados a la atención primaria de la salud.

En diciembre de ese año, el Consejo Académico aprobó un ajuste curricular, que se orientó a fortalecer los componentes de atención primaria en salud y salud ambiental, como ejes transversales de la formación de los médicos de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

El área inicia en el primer semestre académico y se extiende a lo largo de toda la carrera, incluyendo cursos de fundamentación básica y complementaria, así como espacios de prácticas en los cuales se desarrollan actividades de atención primaria en salud.

Los cursos que fundamentan el área conceptualmente son Medicina Familiar y Comunitaria I (Proceso salud – enfermedad), Medicina Familiar y Comunitaria II (Determinantes de la salud), Medicina Familiar y Comunitaria III (Medio ambiente y salud), Medicina Familiar y Comunitaria IV (Salud familiar), Medicina Familiar y Comunitaria V (Salud Comunitaria), Lectura Crítica y Medicina Basada en la Evidencia, Epidemiología y Bioestadística I y II, Administración en Salud, Auditoría Médica, Educación en Salud, Salud Pública, Salud Ocupacional y Constitución Política.

En la misma línea, se ha venido trabajando en una segunda fase, en la cual se ha planteado la aplicación de los conceptos que sustentan los enfoques de Atención Primaria en Salud y Medicina Comunitaria en el desarrollo de las prácticas clínicas, teniendo en cuenta la naturaleza de las rotaciones y la progresión en la adquisición de los conceptos que sustentan la organización curricular de cada una de las áreas objeto de trabajo.

A partir de este enfoque, los núcleos problemáticos se articulan a partir de las etapas del ciclo vital individual (salud del adulto en el ambiente médico, salud del adulto en el ambiente quirúrgico, salud del niño, salud de la mujer y salud del binomio madre – hijo, para alcanzar el culmen en el internado

rotatorio con la atención integral de la salud en los diferentes contextos de actuación médica.

En el marco de los cursos del área de Medicina Familiar y Comunitaria, los estudiantes entran en contacto con individuos y comunidades desde los primeros semestres de la carrera, con el fin de abordar los núcleos problemáticos que sustentan las actividades académicas propuestas: el proceso salud – enfermedad (I semestre), los determinantes sociales de la salud (II semestre), los determinantes ambientales de la salud (III semestre), la salud familiar y comunitaria (IV semestre) y la participación comunitaria (V semestre).

Una de las herramientas educativas desarrolladas por el programa para garantizar la integración entre las funciones sustantivas de la educación superior es el desarrollo de Proyectos Comunitarios Formativos y Proyectos Ambientales Formativos, estrategias didácticas que permiten el abordaje de la realidad social, la identificación de problemas, el planteamiento de propuestas de solución y el desarrollo de actividades de promoción de la salud, en los cursos del área de salud y sociedad.

Adicionalmente, el programa integra las funciones de extensión, docencia e investigación a través de los Proyectos DIE (Docencia - Investigación - Extensión), una propuesta de integración y fortalecimiento de las funciones sustantivas de la educación superior y una estrategia para fomentar el desarrollo de la investigación y la proyección social en áreas que tengan pertinencia y coherencia con los propósitos institucionales, la propuesta curricular del programa y las necesidades en salud, del individuo y la comunidad, a nivel local, nacional e internacional.

4. CONCLUSIONES

La Atención Primaria de Salud ha sido objeto de múltiples debates y contradicciones a lo largo de las cuatro últimas décadas, sin embargo, en los últimos años ha venido ganando terreno a raíz del fracaso económico y social de los sistemas centrados en la enfermedad.

Y es que, según Tejada de Rivero (2013), a pesar del tiempo transcurrido desde que se planteó este nuevo enfoque para enfrentar los problemas de salud, *“circulan todavía en medios oficiales, técnicos, académicos y profesionales, interpretaciones equivocadas y en ocasiones espurias de lo que es o debería ser la atención primaria de la salud”*.¹⁶

Siguiendo con el investigador, *“el contenido sustantivo y trascendental del término ha sido simplificado, encogido y distorsionado de manera increíble, aún por las propias agencias organizadoras de la Conferencia Internacional de Alma – Ata”*, difundiéndose como en un sistema de vasos comunicantes a los sectores político, técnico, asistencial, académico y a la comunidad en general.¹⁶

Por tales razones, es posible, como se plantea en el Documento de Posición de la OPS frente a la renovación del enfoque, que este “renacimiento” de la Atención Primaria de Salud haya sido una oportunidad de *“reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.”*²⁸

Sin embargo, el éxito y la legitimidad de la Atención Primaria de Salud frente a la sociedad, únicamente puede garantizarse, en la medida en que den respuestas de calidad a los graves problemas de la salud y este objetivo, según Harzheim, Casado y Bonal (2009), *“solo puede ser alcanzado con la presencia de profesionales calificados para tal fin.”*¹

De allí que se haya venido planteando en los últimos años la necesidad de establecer una mayor interacción y una comunicación más fluida entre los sectores de la salud y la educación, siendo este el mecanismo más eficaz para garantizar la disponibilidad adecuada del talento humano requerido para la operación de los sistemas sanitarios, hecho que implica la obligación de examinar y rediseñar la educación de los profesionales de la salud, buscando

“alinear sus competencias de desempeño con los requerimientos de un mundo cambiante y globalizado”.

Y es que en un momento histórico, en que las banderas de la Atención Primaria la Salud ondean con fuerza en el panorama global, se requiere contar con la participación de profesionales que *“comprendan y practiquen los atributos de dicho enfoque”*, haciendo necesaria la consolidación de una alianza estratégica entre formadores y empleadores de los futuros operadores del sistema.

No obstante lo anterior, a pesar de los esfuerzos realizados para armonizar las necesidades del sector sanitario con las condiciones de formación del talento humano en el área, persisten grandes diferencias entre los perfiles de desempeño esperados y los perfiles alcanzados al final de la formación universitaria.

Al respecto, es importante recordar que los resultados del sondeo llevado a cabo en 2006, con el objetivo de establecer los avances y experiencias de instituciones educativas latinoamericanas en la formación de talento humano en medicina orientado a APS, identificaron varias limitaciones para el desarrollo este enfoque, incluyendo:

- Falta de políticas [y garantías] del Estado para asumir a los profesionales formados en APS.
- Falta de conocimiento por parte de docentes y estudiantes sobre las estrategias de salud basadas en APS.
- Inexperiencia de la mayoría de los profesionales que trabajan en APS en el ámbito de la docencia.
- Falta de condiciones adecuadas de los escenarios de primer nivel de atención para el ejercicio de la docencia.
- Bajo nivel de consolidación de los sistemas de salud basados en redes integradas de servicios.

Pero un punto aún más importante frente a este análisis es la paradoja existente entre la conceptualización del enfoque de APS como una propuesta integradora e integral de atención en salud y la orientación, casi exclusiva, que se le imprime en diferentes sectores hacia el primer nivel de

complejidad, estableciéndose una especie de “límite” invisible para acceder a otros niveles del sistema.

En ese sentido, es claro que aún hoy, persiste algún grado de confusión, incluso entre los responsables de la formulación de políticas y de la dirección de los servicios de salud, acerca de las implicaciones del concepto en la organización y el funcionamiento de los mismos, identificándose en la mayoría de los documentos que abordan el tema, una gran divergencia entre el concepto filosófico de la propuesta y los planteamientos y las acciones realizados para su implementación.

Así las cosas, debería ser claro que la APS *“no es un programa especial, independiente y paralelo a los demás programas de atención médica”, no es el “nivel periférico de un sistema de atención médica sectorial o institucional que depende de otros niveles tradicionales” ni es un “paquete de actividades aisladas para dar respuesta a un derecho de las poblaciones menos favorecidas.”*¹⁶

En contraste con lo anterior, en el contexto de su lanzamiento, la APS debería ser considerada como una *“nueva forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta a todos los niveles, desde los más sofisticados y complejos – institutos de alta investigación – hasta los más simples, porque considera a la salud como un aspecto del bienestar social.”*¹⁶

Pero la realidad es otra, casi cuatro décadas después de la Declaración de Alma - Ata, aún persiste algún grado de confusión, incluso entre los responsables de la formulación de políticas y de la dirección de los servicios de salud, acerca de las implicaciones del concepto Atención Primaria en Salud en la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, identificándose en la mayoría de los documentos que abordan el tema, una gran divergencia entre el concepto filosófico (modelo de organización de los sistemas de salud) y los planteamientos y acciones realizados para su implementación (refuerzo del primer nivel de atención en salud).

Una revisión cuidadosa de la literatura existente acerca del tema (documentos de agencias internacionales, políticas regionales y nacionales, publicaciones científicas, textos académicos y otros materiales relacionados),

sugiere que la concepción del enfoque de APS no ha permeado todos los niveles del sistema y mucho menos ha logrado sensibilizar a todos los actores del mismo en torno a la estructura, la funcionalidad y las bondades del mismo.

Analicemos brevemente un solo ejemplo de lo anterior, a partir de dos párrafos del Documento de Posición acerca de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud, publicado hace algunos años por la Organización Panamericana de la Salud:²⁸

*“Los servicios de salud desempeñan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS (modelo de organización). Por ejemplo, los servicios de **atención primaria** (nivel de atención) son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los **servicios básicos de salud** (¿enfoque selectivo?), deben ser la puerta de entrada al sistema de atención de salud y han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia”.*

*“La **atención primaria** (modelo de organización) también desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud (¿enfoque integral?). Pero los **servicios de atención primaria** (nivel de atención) por sí solos no son suficientes para responder de manera adecuada a las necesidades de atención de salud más complejas de la población. Los servicios de atención primaria (nivel de atención) deben ser apoyados y complementados por **diferentes niveles de atención especializada** (que también corresponderían a APS de acuerdo con la definición integral), tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social”.*²⁸

Como puede apreciarse en el ejemplo anterior, a partir de una mirada crítica, en solo dos párrafos del documento más representativo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, se utiliza el mismo término (atención primaria) en al menos dos sentidos diferentes (nivel de atención y modelo de organización), y se sugieren al menos dos enfoques de aplicación (selectivo e integral), generándose una gran posibilidad de confusión entre

los diferentes actores del sistema, algunos de ellos con un conocimiento mínimo frente al tema.

Desde la orilla de la educación, tal como puede colegirse del trabajo llevado a cabo en desarrollo de esta consultoría, además de la dificultad que representa la definición del concepto, existen otras barreras para la incorporación de este enfoque en la formación de los profesionales de la salud, entre las que se incluyen:

- La multiplicidad de enfoques conceptuales desde los que puede ser abordado y la gran variedad de significados que se asignan al término en el ámbito profesional.
- La naturaleza genérica de buena parte de las competencias relacionadas con el desempeño en sistemas de salud con enfoque de Atención Primaria de Salud.
- El hecho que las competencias definidas por la Organización Panamericana de la Salud para los equipos de APS, corresponden en buena parte a desempeños profesionales comunes a los perfiles de egreso de dichas carreras.

En este punto, es necesario recordar que aunque el perfil de egreso de la mayoría de los programas de formación analizados en este estudio está planteado en torno a “competencias” y que una buena proporción de los programas declara que sus egresados tienen una clara orientación hacia la APS, la información disponible no permite sacar conclusiones acerca del concepto de competencia utilizado para la estructuración del diseño curricular en torno a este enfoque de salud.

Al respecto, se debe tener en cuenta que el término **competencia** ha sido utilizado como un paraguas conceptual para agrupar diferentes categorías de desempeño, tales como capacidades, habilidades, destrezas y otros utilizados con menor frecuencia en el ámbito de lo educativo, los cuales tienen en común la relación existente entre un individuo y su ejecución en determinados contextos.⁵³

⁵³ Morales Ruiz JC. Las competencias en medicina: Una visión holística Documento electrónico disponible en internet: <http://juancarlosmorales-ruiz.blogspot.com.co/>

En esa misma línea, alcanzar una definición única de “competencia”, es una tarea compleja, si se tiene en cuenta que el significado del término adquiere diversas connotaciones y una condición diferencial, cuando se intenta una aproximación al mismo desde los ámbitos psicológico, educativo, laboral y/o social.⁵³

A partir de la definición de competencia como “saber hacer en contexto”, planteada por diferentes grupos de investigadores del sector educativo, la formación por competencias podría estar enfocada en el desarrollo de unos “principios o reglas básicas” para el desempeño “idóneo” en una situación determinada, hecho que puede ser cuestionable a partir de la imposibilidad de desarrollar competencias para la acción en diferentes contextos, cuando la formación se da en un ámbito académico, no siempre equivalente al del ejercicio profesional cotidiano.⁵³

Por otra parte, de acuerdo con lo expresado hasta aquí, también es necesario expresar que la incorporación del enfoque de APS a la formación de talento humano en salud, para el caso de este estudio en los campos de la enfermería y la medicina, no puede valorarse únicamente a través de la presencia de uno o más cursos relacionados con el mismo, sino que tiene que estar presente a lo largo de toda la carrera, como una “forma de entender y abordar el proceso salud – enfermedad”, incluyendo la naturaleza y las condiciones del ejercicio laboral en sistemas sanitarios basados en este enfoque.⁵³

En cuanto al componente de interculturalidad, existe aún menos claridad frente al desarrollo de competencias y mayor dificultad para su incorporación al diseño curricular, dada la necesidad asumir una mirada paradigmática diferente, *“que implica en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud”*⁵⁴

Y es que *“interculturalidad e integralidad son dos aspectos clave en los servicios de salud, que obligan a los trabajadores del área a conciliar sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad*

⁵⁴ Goicochea – Ríos E. Interculturalidad en Salud. UCV Scientia. 2012; 4 (1): 52 – 55.

y género de los usuarios para introducir adaptaciones en la atención, así como trabajo con pares, agentes comunitarios de salud y atención domiciliaria”.

Independiente de lo anterior, es claro que la formación de los profesionales de la salud ha de contemplar mucho más que una excelente fundamentación científica, dada la concepción de dichas profesiones como *“un cometido moral, colectivos de personas que comulgan con una serie de principios válidos desde el inicio de sus actividades, como el respeto hacia los demás, la empatía, la compasión, la honestidad, la integridad, el altruismo y la excelencia profesional.”*⁵⁵

Finalmente, es necesario mencionar algunos elementos que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de futuras investigaciones acerca del tema, con el fin de ampliar la base de información para el análisis de la situación actual y las perspectivas del enfoque de Atención Primaria de Salud en el campo de la educación:

1. La información disponible en los portales electrónicos de las instituciones de educación superior dedicadas a la formación de talento humano en salud presentan grandes diferencias en términos de contenidos y profundidad de la información.
2. El nivel de participación de las instituciones formadoras de talento humano en salud en el desarrollo del proyecto fue muy bajo, generándose un flujo de información insuficiente para el análisis de la situación global en la región.
3. Aunque en la mayoría de los países se evidenció la existencia de un marco político para la implementación del enfoque de APS en la prestación de servicios de salud, no existe la misma claridad frente a la formación de talento humano en el área.
4. De acuerdo con la información disponible, la oferta de educación continuada y formación postgradual en Atención Primaria de Salud es baja y en términos generales, limitada a profesionales de grado.

⁵⁵ Morales Ruiz JC. Formación Integral y Profesionalismo Médico. Educ Med. 2009; 12 (2):73 – 82.

5. RECOMENDACIONES

Se proponen a continuación algunas recomendaciones que pueden ser utilizados como punto de apoyo para la incorporación del enfoque de atención primaria de salud y del componente intercultural en los programas de formación de los futuros profesionales del área:

- Generar procesos de análisis y reflexión acerca del concepto de atención primaria de salud y establecer diferencias claras y referentes concretos, en lo filosófico y en lo operativo, entre los diferentes enfoques del mismo.
- Avanzar en la formación de profesionales con las competencias necesarias para desempeñarse exitosamente en sistemas de salud basados en APS requiere la comprensión plena de la organización y funcionamiento del sistema.
- La incorporación del enfoque de APS a la formación de profesionales de la salud debe estar fundamentada en la definición de perfiles y competencias en los respectivos campos de acción, sin olvidar, la naturaleza y especificidad del objeto de estudio de las respectivas profesiones.
- El diseño curricular de los programas de formación de talento humano en salud debe reflejar la transición del paradigma de la curación de la enfermedad al de la promoción de la salud.
- La incorporación de las ciencias sociales y humanas a los diseños curriculares de los programas de formación de talento humano en salud, ha permitido permite integrar los componentes biológico, psicológico, social, ambiental y cultural en torno a la comprensión del proceso salud – enfermedad.
- El currículo integrado, entendido como un proyecto educativo que articula trabajo y enseñanza, teoría y práctica, enseñanza y comunidad, puede ser una opción adecuada para garantizar el desarrollo de competencias para la APS.

- El diseño curricular debe garantizar el desarrollo de conocimientos y habilidades para el desempeño exitoso en la dimensión interpersonal de la atención de la salud, incluyendo habilidades comunicativas e interacción con el individuo, la familia y la comunidad.
- El diseño curricular debe responder a las necesidades del contexto en términos de los perfiles de morbilidad, el comportamiento de los factores determinantes y condicionantes de la salud y la organización de los sistemas de salud.
- El desarrollo de competencias para el desempeño idóneo en los diferentes ámbitos del sistema de salud, desde el enfoque de APS, requiere el paso de los estudiantes por escenarios de los diferentes niveles de complejidad, garantizando así una actuación adecuada en cualquiera de los componentes del mismo.
- Según varios investigadores, es importante *“incidir tanto en la formación universitaria y en los profesionales jóvenes, de ingreso reciente a la actividad profesional, como en la oferta de educación a los profesionales que recibieron formación para otros escenarios”*, por lo que se debe trabajar en procesos de educación continuada que incluyan a todos los actores del sistema.
- Una propuesta de incorporación del componente de interculturalidad en la formación de los profesionales de la salud debe pasar por varias fases, incluyendo sensibilización, apropiación, integración y vinculación efectiva con la comunidad.

Adicional a lo anterior, los organismos internacionales de salud y las instancias gubernamentales responsables de la formación de talento humano en el área, también pueden contribuir a la incorporación del enfoque de APS en los programas de formación, mediante el desarrollo de acciones de agenciamiento, sensibilización y capacitación en torno a dicho objetivo.

En el primer caso, correspondería a los organismos internacionales desarrollar acciones de:

- Abogacía ante las entidades gubernamentales responsables de las políticas de formación de talento humano en salud para la incorporación del mismo a los servicios de salud en cada país.
- Búsqueda de consenso regional en torno a perfiles y competencias de salida para cada una de las profesiones que se desempeñan en el sistema de salud.
- Desarrollo de actividades de formación complementaria y actualización en APS para profesionales de grado y postgrado, implementadas en conjunto con las instancias gubernamentales de cada país.

Por otra parte, desde los Ministerios de Salud y Educación o sus equivalentes en cada país, se podría trabajar en:

- Búsqueda de consenso entre los responsables de la formulación de políticas, los responsables de la operación de los sistemas de salud y los formadores de profesionales en el área, en torno a la definición de referentes conceptuales y modelos de integración docente asistencial en APS.
- Generación de espacios para la construcción de perfiles nacionales e incluso regionales, para los profesionales de la salud que se encuentran en formación en los diferentes países de la región, estableciéndose un núcleo básico de competencias de salida para cada una de las profesiones que participan del sistema.
- Análisis permanente de la tendencia ocupacional en el campo profesional correspondiente, de la pertinencia de los perfiles académicos en relación con las necesidades del sector, la organización del sistema de salud y los roles ocupacionales al interior del mismo.
- Establecimiento de condiciones de práctica de APS, en los diferentes niveles de complejidad, en el marco de redes integradas de servicios de salud, incluyendo la definición de estándares de calidad para dichos escenarios y la organización de los mismos para el desarrollo de actividades de formación.

- Formación de los profesionales en ejercicio, en todos los niveles de complejidad, en los referentes teóricos y los principios de funcionamiento de los sistemas de salud basados en APS y generación de estímulos por la participación en la formación del talento humano de salud con enfoque de APS.

6. APS COMO EJE TRANSVERSAL EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD: UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA

Los ejes transversales son temáticas o factores de integración de los campos del conocimiento que facilitan una comprensión reflexiva, crítica e integral de la realidad, en el transcurso del proceso de formación.

Un eje trasversal recorre la totalidad del currículo e integra áreas de conocimiento, asignaturas y contenidos, con el objetivo de proporcionar una visión integral de situaciones o problemas de la realidad fáctica (núcleos temáticos o problemáticos).

Así las cosas, los núcleos temáticos o problemáticos pueden ser concebidos como unidades integradoras que posibilitan el pensar en procesos de investigación alrededor de objetos de transformación y sugieren estrategias metodológicas que garantizan la síntesis creativa entre la teoría y la práctica.⁵⁶

Esta propuesta pedagógica se fundamenta en el planteamiento de la Atención Primaria de Salud como eje transversal de un currículo de formación en medicina / enfermería y una apuesta de integración funcional entre las diferentes áreas del conocimiento en torno a este enfoque de salud.

Planteamientos básicos

Idealmente, las actividades de un programa de formación de talento humano en medicina/enfermería orientado a la APS deberían incluir el desarrollo de intervenciones en los niveles familiar, comunitario, ambulatorio y hospitalario.

A continuación se presenta una propuesta de organización por niveles de atención:

⁵⁶ El Currículo Flexible por Núcleos Problemáticos y por Competencias. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Disponible en internet: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90001/90001_2013_II/Protocolo_Modulo_PPU_2013/leccin_2013_el_curriculo_flexible_por_ncleos_probmlmicos_y_por_competencias_6.html [Consultado Diciembre 1 de 2015]

- Nivel Individual / Familiar:
 - Diagnóstico individual y familiar.
 - Educación en salud individual / familiar
 - Identificación de factores de riesgo / determinantes de la salud.
 - Diseño e implementación de propuestas de intervención a nivel individual y familiar.
 - Coordinación con otros niveles del sistema
- Nivel comunitario:
 - Diagnóstico comunitario.
 - Identificación de determinantes sociales y ambientales de salud.
 - Educación en salud orientada a la comunidad.
 - Capacitación y organización de la comunidad para la autogestión.
 - Jornadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Coordinación intersectorial.
- Nivel ambulatorio
 - Consulta médica de primer nivel de complejidad.
 - Actividades de diagnóstico temprano de patologías prevenibles.
 - Actividades de promoción de la salud.
 - Integración del modelo biopsicosocial a la consulta externa y/o de urgencias en instituciones de práctica.
- Nivel hospitalario
 - Consulta médica de especialidades.
 - Actividades específicas de promoción de la salud.
 - Actividades específicas de prevención y diagnóstico temprano.
 - Actividades de cuidado domiciliario / autocuidado en casa.
 - Integración del modelo biopsicosocial a la atención del paciente hospitalario durante su permanencia en la institución y al egreso de la misma.

Con base en los referentes planteados, la didáctica para la implementación de esta propuesta en los currículos de formación profesional en el área de

ciencias de la salud, se ubicaría en torno a las siguientes actividades, planteadas en niveles progresivos de complejidad:

Nivel básico (Sensibilización)

Enfocado a generar conciencia acerca de la importancia del enfoque de atención primaria de salud en la formación profesional del talento humano en el área, a partir de textos históricos, narraciones, libros y otros materiales que aborden temáticas capaces de generar disonancia cognitiva y despertar la sensibilidad de los estudiantes, dando lugar a la reflexión y el compromiso con la problemática social.

Estrategias didácticas

- Video foros
- Cine foros
- Talleres de Aprendizaje Significativo
- Historias de Vida / Autobiografía
- Narraciones de ficción en temas relacionados

Estrategias de evaluación

- Informes escritos
- Producción de textos descriptivos
- Rúbrica / Bitácora
- Foros de discusión (presenciales/virtuales)

Nivel intermedio (Adquisición e Interiorización de Conceptos)

Orientado a la apropiación de los referentes teóricos del enfoque y a la aplicación de los mismos en contextos de significación real, mediante sesiones expositivas, investigaciones de aula y análisis crítico del entorno personal en el área.

Estrategias didácticas

- Clases magistrales
- Análisis de casos teóricos

- Foros de debate
- Talleres de Aprendizaje Significativo
- “Visitas guiadas” al entorno familiar y comunitario.
- Proyectos de investigación de aula
- Video foros con material producido a partir de las visitas

Estrategias de evaluación

- Pruebas de conocimientos (selección múltiple, respuesta corta)
- Informes de trabajo de campo (portafolio)
- Rúbrica / Bitácora
- Foros de discusión (presenciales/virtuales)
- Producción de material audiovisual.

Nivel superior (Aplicación de conceptos)

Focalizado a la puesta en práctica de los referentes teóricos adquiridos en ambientes reales y/o con temáticas específicas bajo la orientación de docentes, instructores y monitores, mediante el análisis global de familias y comunidades objeto de estudio.

Estrategias didácticas

- Trabajo de campo con acompañamiento tutorial.
- Análisis interprofesional de casos
- Foros de discusión
- Proyectos de Aula

Estrategias de evaluación

- Informes de trabajo de campo (portafolio)
- Rúbrica / Bitácora
- Foros de discusión (presenciales/virtuales)
- Informes de proyectos de investigación de aula.

Nivel Avanzado (Desarrollo de Proyectos)

Dedicado a la formulación, implementación y evaluación de proyectos de trabajo en Atención Primaria de Salud / Salud pública

Estrategias didácticas

Proyectos de Investigación

Proyectos de Intervención

Comités técnicos de evaluación y seguimiento.

Estrategias de evaluación

Informes de proyectos de investigación

Informes de proyectos de intervención

7. GLOSARIO

Atención Primaria de Salud:

De acuerdo con la Declaración de Alma – Ata (1978), es la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.”

Currículo:

En la concepción tradicional, el currículo puede definirse como “la descripción de contenidos, su secuenciación temporal y las cargas docentes asignadas a cada una de las unidades educativas”, sin embargo, para algunos autores, un currículo debe contemplar otros elementos que le den coherencia y pertinencia, incluyendo el modelo pedagógico, los resultados esperados de aprendizaje, los contenidos, los recursos de apoyo y los métodos didácticos y de evaluación.

Diseño curricular:

El diseño curricular es una selección cultural, un ejercicio de “apreciar y excluir”. El currículum debe responder a las siguientes preguntas ¿Cuál es el conocimiento válido?, ¿Cómo se adquieren los conocimientos, habilidades y actitudes? y ¿Cómo evaluar el logro de las competencias?

Educación para la salud:

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Ejes transversales:

Temáticas o factores de integración de los campos del conocimiento que facilitan una comprensión reflexiva, crítica e integral de la realidad, transcurriendo a lo largo del proceso de formación.

Enfoque intercultural:

Aplicado a la salud, el enfoque intercultural sería es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras, buscando favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación”.

Núcleo problemático:

Unidad integradora que posibilita el pensar en procesos de investigación alrededor de objetos de transformación y sugieren estrategias metodológicas que garantizan la síntesis creativa entre la teoría y la práctica.

Prevención de la enfermedad:

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, estando dividida en primaria, secundaria y terciaria.

Promoción de la salud:

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, en este sentido, constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las orientadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud.

Salud Pública:

La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. (Adaptación del “Informe Acheson”, Londres, 1988), en otras palabras, un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Harzheim E, Casado - Vicente V, Bonal - Pitz P. La formación de profesionales de la salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. 2008.
2. La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 2. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008.
3. Regulación de la Enfermería en América Latina. Serie Recursos Humanos en Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
4. Educación en Ciencias de la Salud en APS y libros de textos. Informe de la reunión de Cartagena de Indias. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
5. Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representación de Uruguay. 2011.
6. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Ontario, Long Term Care. Toronto, Canadá, 2005.
7. Planes decenales de recursos humanos en salud: Hacia una visión común. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, noviembre de 2006.
8. Resolución CSP 27/10. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2007
9. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 1. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008.

10. La formación en medicina orientada a la Atención Primaria de Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No 2. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2008.
11. Nebot A, Rosales C, Borreil RM. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26 (2): 176 - 83.
12. Consultoría para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. Informe final. Organismo Andino de Salud (ORAS). 2014.
13. Consultoría para la sistematización de los avances en la incorporación en enfoque de atención primaria en salud (APS) en los programas de formación de talento humano en salud en los países afiliados al ORAS. Términos de referencia. 2015.
14. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma - Ata. Unión de Repúblicas Soviético Socialistas. 1978.
15. Echeverri O. Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011 – 2030. Universidad del Valle. 5º Foro de Atención Primaria de la Salud APS: Una nueva oportunidad. 2011
16. Tejada de Rivero D. Lo que es Atención Primaria de la Salud. Algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma – Ata. Rev Perú Exp Salud Pública. 2013; 30 (2): 283 – 287.
17. Rodríguez L. El planeamiento ideológico de Alma – Ata. Revista Cubana de Salud Pública. 2005. Versión electrónica disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420137008> [Consultado Noviembre 10 de 2015]

18. Organización Mundial de la Salud. I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. "Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública". Ottawa, Canadá. 1986.
19. Organización Mundial de la Salud. II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. "Políticas públicas favorables a la Salud. Adelaida, Australia, 1988.
20. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991 - 1994. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana - XLII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
21. Organización Mundial de la Salud. III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. "Entornos Propicios para la Salud". Sundsvall (Suecia). 1991
22. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina. Declaración de Bogotá. Bogotá D.C. (Colombia). 1992.
23. XIII Reunión de Ministros de Salud del Caribe. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Puerto España (Trinidad y Tobago). 1993
24. Organización Mundial de la Salud. IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud "Nueva era, nuevos actores: Adaptar la promoción de la salud al siglo XXI". Declaración de Yakarta. Yakarta (Indonesia). 1997.
25. Organización Mundial de la Salud. V Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. "Promoción de la salud, hacia una mayor equidad". Declaración de México. Ciudad de México (México). 2000
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Resolución CD44.R6. 44º Consejo Directivo. Washington. 2003
27. Organización Mundial de la Salud. VI Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. "Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial". Carta de Bangkok. Bangkok (Tailandia). 2005.

28. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". 2007
29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo "La Atención primaria de Salud más necesaria que nunca". 2008
30. Saco S. Declaración de Alma – Ata: A cinco años de la meta. Situa. Revista Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/indice.htm [Consultado Noviembre 15 de 2015].
31. Organización Mundial de la Salud. VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Llamado a la Acción de Nairobi. Nairobi (Kenia). 2009.
32. Organización Mundial de la Salud. VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. "Salud para todas las Políticas". Helsinki (Finlandia). 2013.
33. Muldoon L, Hogg W, Levitt M. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC). Canadian Journal of Public Health. 2006; 97 (5): 409 - 411.
34. Vega R, Acosta N, Mosquera P, Restrepo O. Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Secretaría Distrital de Salud. 2009.
35. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento de Posición: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". 2007.
36. Brommet A, Lee J, Serna J. Atención Primaria: Una estrategia renovada. Colombia Médica. 2011; 42 (3): 379 – 387.
37. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376: 1923 – 58.
38. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica:

- concepciones, componentes y desafíos. Saúde Debate. 2015; 105 (9): 300 - 322.
39. Análisis de situación de Salud Andino, ASIS Andino, con enfoque intercultural. Organismo Andino de Salud. Disponible en internet en: <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20ASIS%20Andino%20de%20Poblaciones%20Indigenas%20con%20enfoque%20intercultural.pdf> [Consultado Noviembre 15 de 2015]
 40. Recursos Humanos Para la Salud: Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Resolución CD52 – 6. Consejo Directivo Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 52º Consejo Directivo - 65ª Sesión del Comité Regional. 2013.
 41. Borroto Cruz ER, Lemus Lago ER, Aneiros – Riba R. Tendencias de la Educación Médica orientada a la Atención Primaria de Salud. Atención primaria de salud. Medicina Familiar y Educación Médica. Cap. 2. pp 65-130. Biblioteca de Medicina Volumen XXXIV Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1999.
 42. Capital Health. Primary Health Care Competency Framework. Capital Health. Primary Health Care. Nova Scotia. 2012. Disponible en internet: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/primary-health-care-competency-framework.pdf> [Consultado Noviembre 21 de 2015]
 43. Rey - Gamero A y Acosta - Martínez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. 2013; 12 (25): 28 – 39.
 44. Formación en Enfermería con énfasis en la Atención Primaria de Salud: Experiencias en los países del Cono Sur. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Representación de Uruguay. 2011.
 45. Enfermería de atención primaria. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Salud. Comunidad Autónoma de Asturias. 2004. Disponible en internet:

http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Carrera%20Profesional/Memoria_SEAPA.pdf [Consultado Noviembre 10 de 2015).

46. Torres Esperón M, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4).
47. La Flor Carot MV. Desarrollo profesional de la enfermería de atención primaria como método científico de la profesión, experiencia en Andalucía. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Disponible en internet http://www.scele.org/web_scele/archivos/text_completo_victoria_laflor.pdf [Consultado Noviembre 12 de 2015]
48. Ministerio de Salud. Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible en internet <http://www.minsalud.gob.bo/viceministerios/vice-medicina-tradicional> [Consultado Noviembre 28 de 2015]
49. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Red Panam Salud Pública. 2009; 26 (4): 368 – 76.
50. Ley 1438 de 2011. Congreso de la República. República de Colombia. 2011.
51. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2012
52. Parada M, Romero M, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de medicina en Chile. Rev Med Chile; 2015; 143: 512 – 519.
53. Morales Ruiz JC. Las competencias en medicina. Disponible en: <http://juancarlosmorales-ruiz.blogspot.com.co/>
54. Goicochea – Ríos E. Interculturalidad en Salud. UCV Scientia. 2012; 4 (1): 52 – 55.

55. Morales Ruiz JC. Formación Integral y Profesionalismo Médico: Una propuesta de trabajo en el aula. Educ Med. 2009; 12 (2):73 – 82.
56. El Currículo Flexible por Núcleos Problémicos y por Competencias. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Disponible en internet: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90001/90001_2013_II/Protocolo_Modulo_PPU_2013/leccin_2013_el_currculo_flexible_por_ncleos_problicos_y_por_competencias_6.html [Consultado Diciembre 1 de 2015]

ANEXO 1



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE**

www.orasconhu.org

**CONSULTORÍA
INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS A LA FORMACIÓN DE TALENTO
HUMANO EN MEDICINA Y ENFERMERÍA**

**FORMULARIO No 1
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
DIRECTIVOS DE PROGRAMAS ACADÉMICOS**

Este instrumento está destinado a recolectar información acerca del diseño curricular⁵⁷ de los programas de educación superior en salud, con el fin de sistematizar los avances alcanzados en la incorporación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) al proceso de formación de profesionales de medicina / enfermería y proponer estrategias para el desarrollo de competencias en el área.

Los datos obtenidos son confidenciales y serán utilizados únicamente con propósitos de investigación. Una vez diligenciado, por favor remítalo al correo electrónico juancarlosmoralesruiz@gmail.com antes del 25 de octubre de 2015, fecha límite para la recolección de la información.

1. Datos de identificación

Nombre de la Institución
Nombre Facultad / Programa
Título obtenido

⁵⁷ Diseño curricular: El diseño curricular es una selección cultural, un ejercicio de “apreciar y excluir”. El currículum debe responder a: ¿Cuál es el conocimiento válido?, ¿Cómo se adquieren los conocimientos, habilidades y actitudes? y ¿Cómo evaluar el logro de las competencias? La Fuente et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educación Médica 2007; 10(2): 86-92

Número total de créditos
Decano / Director
Portal electrónico
Correo electrónico
Teléfono (s)

2. Marco de Referencia

Las siguientes preguntas buscan obtener información acerca de algunos elementos del diseño curricular del programa, lo que permitirá identificar el grado de avance de la incorporación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) en la formación de los futuros profesionales de medicina / enfermería.

2.1. Fundamentación conceptual

De acuerdo con la definición de atención primaria en salud (APS)⁵⁸ que se encuentra en el pie de página o con el concepto asumido por la institución⁵⁹, ¿se hace explícita la intencionalidad formativa en atención primaria en salud (APS) en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa / proyecto educativo de programa / documento marco del programa)?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor transcriba a continuación alguno (s) párrafos que den cuenta de dicha intencionalidad.

--

⁵⁸ Atención Primaria en Salud: Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación." (Organización Mundial de la Salud, Alma Ata, 1978).

⁵⁹ En caso que difiera de la anterior, por favor anótela en el cuadro destinado para tal fin cuando la respuesta es positiva.

2.2. Enfoque intercultural

De acuerdo con la definición de enfoque intercultural que se encuentra en el pie de página, ¿se hace explícita la intencionalidad formativa con un enfoque intercultural⁶⁰ en la fundamentación conceptual del programa (documento maestro del programa / proyecto educativo de programa / documento marco del programa)?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor transcriba a continuación alguno (s) párrafos que den cuenta de dicha intencionalidad.

⁶⁰ **Enfoque intercultural:** “Entendemos por Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. Aplicado a la salud, el enfoque intercultural sería es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras, buscando favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación. (Interculturalidad en Salud: Marco conceptual y Operativo - Modelo para su implantación en los Servicios de Salud. Secretaría de Salud Ciudad de México. [Documento electrónico disponible en la dirección: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf Consultado: Septiembre 22 de 2015].

3. Misión / Objetivo

3.1. En la misión / objetivo (s) / propósitos de formación del programa, ¿se hace explícita la intencionalidad formativa en atención primaria en salud (APS)?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor transcriba alguno (s) párrafos que den cuenta de dicha intencionalidad

3.2. En la misión / objetivo (s) / propósitos de formación del programa, ¿se hace explícita la intencionalidad formativa con enfoque intercultural?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor transcriba alguno (s) párrafos que den cuenta de dicha intencionalidad

4. Perfil del egresado

El perfil del egresado de su programa ¿incluye, de forma explícita, competencias específicas en atención primaria en salud (APS) o que usted considere relacionadas con el tema?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, ¿podría transcribir alguno (s) párrafos que den cuenta de dicha intencionalidad?

En caso que la respuesta sea negativa, ¿se incluyen componentes de atención primaria en salud en otras competencias del perfil de egreso (salida? Por favor indíquelas a continuación.

--

4.1. Competencias de egreso

Dentro de las competencias de salida (egreso) establecidas en el plan de formación del programa, ¿se incluyen competencias específicas en atención primaria en salud (APS) o que usted considere relacionadas con el tema?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor escríbalas a continuación

▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪

4.2. Competencias intermedias

Dentro de las competencias intermedias (ciclos, áreas, campos) establecidas en el plan de formación, ¿se incluyen competencias específicas en atención primaria en salud (APS) o que usted considere relacionadas con el tema?

5. Diseño Curricular

5.1. Organización Curricular

De acuerdo con el diseño curricular del programa (campos, áreas, ciclos, otros), ¿Existen espacios específicos destinados a la formación y/o desarrollo de competencias en atención primaria en salud (APS)?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor enumérelas a continuación:

▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪

5.2. Organización Plan de Estudios

De acuerdo con la organización del plan de estudios (asignaturas, cursos integrados, núcleos problemáticos, otros) ¿Existen espacios específicos destinados a la formación y/o desarrollo de competencias en APS?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor enumérelas a continuación:

5.4. Ejes de formación

¿El diseño curricular del programa incluye ejes transversales⁶¹ o núcleos problemáticos⁶² relacionados con atención primaria en salud (APS)?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor cítelos a continuación

--

5.5. Estrategias didácticas

Los métodos y estrategias utilizados para la enseñanza – aprendizaje / desarrollo de competencias en atención primaria en salud y campos afines (salud/ medicina familiar, salud/ medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen:

Tema	Estrategias Didácticas

⁶¹ Temáticas o factores de integración de los campos del conocimiento que facilitan una comprensión reflexiva, crítica e integral de la realidad, transcurriendo a lo largo del proceso de formación.

⁶² Unidad integradora que posibilita el pensar en procesos de investigación alrededor de objetos de transformación y sugieren estrategias metodológicas que garantizan la síntesis creativa entre la teoría y la práctica.

5.6. Estrategias de evaluación

Los métodos utilizados para la evaluación en atención primaria en salud y campos afines (salud/ medicina familiar, salud/ medicina comunitaria, salud pública, epidemiología, entre otros), incluyen:

Tema	Estrategias de Evaluación

5.7. Prácticas

¿El plan de estudios contempla la realización de prácticas en APS?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por describa brevemente el contexto en que se realizan:

--	--

En caso que la respuesta anterior haya sido positiva, los escenarios para la realización de las prácticas en APS son:

Escenario	Proporción de tiempo de práctica
Institución de Salud de Primer Nivel	
Institución de Salud de Segundo Nivel	
Institución de Salud de Tercer Nivel	
Centro Comunitario	
Institución Educativa	
Hogar de Adultos Mayores	

Otros, méncionelos brevemente a continuación

--	--

--

6. Créditos Académicos

6.1. Créditos destinados a APS y campos afines

Los créditos del plan de estudios asignados a actividades relacionadas con atención primaria en salud y campos afines, incluyen:

Nombre del Curso	Tipo de Curso	Créditos asignados

Tipo de curso: T (Teórico), P (práctico), (TP) Teórico Práctico.

6.2. Créditos asignados a las prácticas en APS y campos afines

Los créditos del plan de estudios asignados específicamente a actividades de práctica relacionadas con atención primaria en salud y campos afines, incluyen:

Actividad	Créditos / Horas

6.3. Créditos flexibles asignados a las prácticas en APS y campos afines

Los créditos del plan de estudios asignados a actividades electivas o de profundización relacionadas con atención primaria en salud y campos afines, incluyen:

Actividad/Curso	Tipo de Curso	Créditos / Horas

Tipo de curso: E (Electivo), P (Profundización)

7. Avance incorporación APS

De acuerdo con lo tratado hasta este punto, en su opinión, ¿cuál es el porcentaje aproximado de avance en la incorporación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) en el plan de formación vigente en su Programa / Facultad?

8. Otros programas

En su institución, ¿existen otros programas de formación en APS o campos afines, a nivel técnico, tecnológico, postgrado, maestría o doctorado?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor enumérelos a continuación y complete los siguientes datos:

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título de otorga

Si desea hacer comentarios adicionales acerca de esta encuesta, por favor hágalo a continuación:

--

ANEXO 2



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UNANUE**

www.orasconhu.org

INCORPORACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS A LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN MEDICINA Y ENFERMERÍA

FORMULARIO No 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DIRECTORES NACIONALES DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Este instrumento está destinado a recolectar información que permita sistematizar los avances alcanzados en la incorporación del enfoque de atención primaria en salud (APS) al proceso de formación de profesionales de medicina / enfermería y proponer estrategias para el desarrollo de competencias en el área.

Los datos obtenidos son confidenciales y serán utilizados únicamente con propósitos de investigación.

9. Datos de identificación

País
Entidad
Dependencia
Nombre funcionario
Correo electrónico
Teléfono (s)

10. Marco Normativo

Las siguientes preguntas buscan obtener información acerca de las normas y procedimientos establecidos por el gobierno de su país para la obtención de la licencia de funcionamiento o su equivalente en los programas de formación de talento humano en salud, con el objetivo de caracterizar la regulación existente y la relación con las instituciones que ofertan dichos programas-

10.1. Referentes legales

10.1.1. ¿Existe una norma que establezca las condiciones de calidad requeridas para la apertura de un programa de formación de talento humano en salud?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor nómbrela a continuación y de ser posible facilítenos una copia para su análisis.

10.1.2. En su país, ¿está establecida legalmente la autonomía de las instituciones universitarias para la creación y puesta en funcionamiento de programas de formación de talento humano en salud?

Sí ☐

No ☐

En cualquiera de los dos casos, ¿cuál es el papel del Ministerio de Salud o su equivalente en el proceso de autorización de la creación y puesta en funcionamiento de nuevos programas de formación de talento humano en salud?

Por favor descríballo brevemente

10.1.3. ¿Tiene el Ministerio de salud o su equivalente la potestad de definir o participar en la definición de los perfiles y competencias de los profesionales de la salud que se forman en instituciones públicas y privadas?

Sí ☐

No ☐

En cualquiera de los dos casos, ¿cuál es el papel del Ministerio de Salud o su equivalente en el proceso de definición de los perfiles y competencias de los profesionales de la salud que se forman en instituciones públicas y privadas?

Por favor descríballo brevemente

10.1.4. ¿Está establecida como una obligación de los programas de formación de talento humano en salud la incorporación del enfoque de atención primaria en salud en el diseño curricular de tales programas?

Sí ☐No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, ¿cuál es la norma que define esta obligación? y ¿Cuál es el ente responsable de la expedición de la misma? De ser posible facilítenos una copia para su análisis.

10.2. Referentes contextuales

10.2.1. ¿Está definido el enfoque de atención primaria en salud (APS) como un referente conceptual y operativo del modelo de salud en su país?

Sí ☐No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, ¿Cuál es la norma (Ley/Decreto/Resolución) que regula la prestación de servicios de salud en su país? De ser posible facilítenos una copia para su análisis.

10.2.2. ¿Está definido el enfoque intercultural como un referente del modelo de salud en su país?

Sí ☐No ☐

10.2.3. ¿Existe en su país alguna instancia gubernamental en que se lleve a cabo el análisis de necesidades vs oferta de formación de talento humano en salud?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor mencione brevemente la instancia y los mecanismos establecidos para tal fin.

10.3. Perfiles y competencias

10.3.1. Perfil del egresado

¿Se tiene establecido un perfil nacional de l@s profesionales de medicina y enfermería que sirva como referente para los programas de formación en tales áreas?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, ¿podría transcribirlo a continuación o facilitar el documento acerca del tema?

11. Diseño Curricular

11.1. ¿Existe alguna influencia del Ministerio de Salud o su equivalente en la definición del diseño curricular de los programas de formación de talento humano en medicina y enfermería?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor explique brevemente

11.2. ¿Existe alguna influencia del Ministerio de Salud o su equivalente en la definición de espacios específicos destinados a la formación y/o desarrollo de competencias en APS o áreas afines?

Sí ☐

No ☐

En caso que la respuesta sea positiva, por favor explique brevemente

--

- 11.3. De acuerdo con lo tratado hasta este punto, en su opinión, ¿cuál es el porcentaje aproximado de avance en la incorporación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) en el diseño curricular de los programas de formación de talento humano en...?

Programa	Porcentaje estimado
Medicina	
Enfermería	

12. Oferta de programas

12.1. Programas de Medicina

Por favor relacione a continuación los programas de formación de talento humano en medicina que se encuentran en funcionamiento en su país y los datos disponibles acerca de los mismos.

Institución	Título otorgado	Director	Correo electrónico	Página web

12.2. Programas de Enfermería

Por favor relacione a continuación los programas de formación de talento humano en enfermería que se encuentran en funcionamiento en su país y los datos disponibles acerca de los mismos.

Institución	Título otorgado	Director	Correo electrónico	Página web

13. Otros programas de formación en APS

Por favor relacione a continuación otros programas de formación en APS o campos afines, a nivel técnico, tecnológico, postgrado, maestría o doctorado?

Nombre del Programa	Nivel de Formación	Número de Créditos	Título otorgado	Página web

Si desea hacer comentarios adicionales acerca de esta encuesta, por favor hágalo a continuación:

--

ANEXO 3**Trazadores incorporación APS**

Trazador	Sí	No
Atención Primaria de Salud		
Cuidado Primario de la Salud		
Atención Primaria / Cuidado Primario		
Salud Familiar /Medicina Familiar		
Salud Comunitaria /Medicina Comunitaria		
Promoción de la Salud		
Prevención de la Enfermedad		
Atención /Cuidado Integral de la Salud		
Comunicación		
Trabajo en equipo		
Liderazgo		
Gestión de la Información		
Gestión de Recursos		
Interdisciplinariedad		
Interculturalidad / Multiculturalidad		
Educación en Salud		
Determinantes de la Salud		
Medicina /Enfermería General		
Medicina /Enfermería Comunitaria		
Cuidado integral de Enfermería		