



CORRESPONDENCIA DEL PERFIL PROFESIONAL Y OCUPACIONAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL TOLIMA Y LAS CAPACIDADES BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2017.

DIANA CAROLINA BELTRAN OROZCO
YEISON ADOLFO CAMPOS GARCIA
UBERNEY RIOS BETANCOURTH

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2020

CORRESPONDENCIA DEL PERFIL PROFESIONAL Y OCUPACIONAL DE LOS
EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL TOLIMA Y LAS CAPACIDADES BÁSICAS
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2017.

Autores

DIANA CAROLINA BELTRAN OROZCO

YEISON ADOLFO CAMPOS GARCIA

UBERNEY RIOS BETANCOURTH

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Salud Publica

Tutor

DORA CARDONA RIVAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida y la oportunidad de poder acceder a mi formación profesional de Posgrado en una prestigiosa Universidad.

A mi familia, especialmente mi madre por su apoyo incondicional y por los sacrificios permanentes para culminar con satisfacción esta emocionante etapa de mi vida.

A quien me ha acompañado siempre en mis largos caminos... B.U.

A Dios por darme la vida, a mi madre que desde el cielo guía mis pasos y a mis hijos por la paciencia y el tiempo sacrificado.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la correspondencia entre el perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas para la implementación de las 4 dimensiones definidas como prioritarias en el Plan Decenal de salud pública, 2017.

Metodología: La investigación corresponde a un estudio Empírico – Analítico de Alcance Descriptivo y de carácter transversal; en donde se identificaron y describieron las características del perfil profesional, ocupacional y de remuneración del personal que conformaba los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Departamento del Tolima, determinando la correspondencia existente entre las capacidades básicas establecidas en el PDSP para las 4 dimensiones definidas como prioritarias. Población. Para este estudio se encuestaron (254) profesionales, técnicos, tecnólogos que contaban con contrato vigente con las Entidades Territoriales e IPS y en cuyo objeto contractual se evidenciaba que desarrollaban acciones en Salud Pública para el año 2017.

Resultados: En los profesionales, tecnólogos y técnicos que conforman los equipos de salud pública en los municipios del Tolima no se evidencia correspondencia entre la formación académica, la experiencia laboral y ocupacional con las acciones de salud pública que ejecutan en las dimensiones definidas como prioritarias en el PDSP.

Conclusiones: Dentro de las principales debilidades que se identificaron en la implementación del PDSP del Tolima, se resalta que los integrantes de los equipos no cuentan con la formación académica necesaria ni las herramientas para ejecutar las líneas de acción definidas en los componentes del PDSP.

Palabras Claves: Plan Decenal de Salud Pública, Perfil profesional, Capacidades básicas, remuneración, talento humano, salud pública.

ABSTRACT

Objective: Establish the correspondence between the professional and occupational profile of the Tolima public health teams and the basic capacities for the implementation of the 4 dimensions defined as priorities in the Ten-Year Public Health Plan, 2017.

Methodology: The research corresponds to an Empirical - Analytical study of Descriptive Scope and of a transversal nature; where the characteristics of the professional, occupational and remuneration profile of the personnel that made up the public health teams of the 47 Municipalities of the Department of Tolima were identified and described, determining the existing correspondence between the basic capacities established in the PDSP for the 4 dimensions defined as priority. Population. For this study, (254) professionals, technicians, technologists who had a current contract with the Territorial Entities and IPS were surveyed and in whose contractual object it was evidenced that they were developing actions in Public Health for the year 2017.

Results: In the professionals, technologists and technicians who make up the public health teams in the municipalities of Tolima, there is no evidence of correspondence between academic training, work and occupational experience with the public health actions they carry out in the dimensions defined as priorities in the PDSP.

Conclusion: Among the main weaknesses that were identified in the implementation of the Tolima PDSP, it is highlighted that the members of the teams do not have the necessary academic training or the tools to execute the lines of action defined in the components of the PDSP.

Keywords: Ten-Year Public Health Plan, Professional profile, Basic skills, remuneration, human talent, public health.

CONTENIDO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | PRESENTACIÓN..... | 9 |
| 2 | ANTECEDENTES..... | 11 |
| 3 | ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 13 |
| 4 | JUSTIFICACIÓN..... | 17 |
| 5 | REFERENTE TEÓRICO..... | 19 |
| 6 | OBJETIVOS..... | 37 |
| 6.1 | OBJETIVO GENERAL..... | 37 |
| 6.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 37 |
| 7 | METODOLOGÍA | 38 |
| 8 | RESULTADOS..... | 42 |
| 9 | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 58 |
| 10 | CONCLUSIONES | 63 |
| 11 | RECOMENDACIONES | 64 |
| 12 | REFERENCIAS | 65 |
| 13 | ANEXOS..... | 68 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1. Rango de Edad..... | 43 |
| Tabla 2. Integrantes de los Equipos de salud pública que participan en más de una Dimensión..... | 46 |
| Tabla 3. Prueba de U de Mann Whitney. | 48 |
| Tabla 4. Asignación salarial según género. | 48 |
| Tabla 5. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de la salud mental y la Convivencia social..... | 50 |
| Tabla 6. Estrategias implementadas en el Componente de Prevención y Atención integral a problemas y trastornos mentales. | 51 |
| Tabla 7. Estrategias implementadas en el componente de Disponibilidad y Acceso a los alimentos..... | 52 |
| Tabla 8. Estrategias implementadas en el componente de Consumo y Aprovechamiento biológico..... | 52 |
| Tabla 9. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos..... | 53 |
| <i>Tabla 10. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos.</i> | <i>54</i> |
| Tabla 11 . Estrategias implementadas en la Dimensión de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria..... | 55 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1. Modelo de los Determinantes Sociales en Salud..... | 28 |
| Gráfica 2. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima, según formación académica..... | 43 |
| Gráfica 3. Distribución porcentual, según experiencia laboral por áreas..... | 44 |
| Gráfica 4. Tiempo de experiencia laboral en años..... | 45 |
| Gráfica 5. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima, según área donde desempeña labores..... | 45 |
| Gráfica 6. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública, según Dimensión del PDSP..... | 46 |
| Gráfica 7. Distribución porcentual del rango de ingresos recibidos por los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima..... | 47 |
| Gráfica 8. Tipo de contratación de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima..... | 49 |
| Gráfica 9. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública, según características demográficas, perfil profesional, ocupacional y las Dimensiones del PDSP..... | 56 |
| Gráfica 10. Distribución porcentual de profesionales, según componentes de las Dimensiones del PDSP en el que desarrollan actividades..... | 57 |

1 PRESENTACIÓN

El Sistema de Salud en Colombia durante los últimos 5 años ha presentado problemas en su operación debido a diversos factores (epistemológicos, económicos, políticos, sociales, culturales), que en síntesis determinan la necesidad de incluir una reforma, no solo en la estructura, si no en el funcionamiento mismo del sistema; que para efectos de la Constitución Política de Colombia de 1.991 ha considerado este como un derecho fundamental. El principal problema que se identifica en el sistema, es que siguen existiendo inequidades para el acceso a los servicios tanto individuales como colectivos.

En la mayoría de departamentos y municipios del país se carece de infraestructuras, recursos económicos, pero sobre todo de talento humano capacitado para identificar y atender oportunamente las necesidades en salud de las comunidades; es imposible dejar de ver la ruptura que existe entre la gestión del riesgo individual y la gestión del riesgo colectivo.(1)

Como respuesta a esta problemática, en el año 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social, determina la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, denominado como el pacto social para lograr la garantía del goce efectivo del derecho a la salud con enfoque de equidad e inclusión social.

Una vez expedida la Resolución 1841 del año 2013, que establecía la adopción del Plan Decenal para Colombia; para todos los territorios se constituyó en una gran apuesta estructurar las intervenciones en salud pública en torno a 8 Dimensiones prioritarias y 2 Transversales y realizar una gestión para la planeación del talento humano en salud orientado a dar respuesta efectiva a las necesidades identificadas y pactadas con los diferentes actores y sectores de la sociedad. Para el Tolima, este proceso no fue ajeno, encontrándose con la dificultad que en la mayoría de sus territorios no se contaba con talento humano suficiente y capacitado para atender los nuevos requerimientos que establecía específicamente el Plan Decenal de Salud Pública.

El estudio tuvo como propósito fundamental establecer la correspondencia entre el perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas establecidas en las 4 Dimensiones definidas como prioritarias en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) del departamento del Tolima en el año 2017; con la finalidad de reconocer las necesidades de formación del talento humano, determinar la existencia de correspondencia entre la formación y las actividades que desempeñan en salud pública los equipos de trabajo (profesionales, técnicos y/o tecnólogos), servir como guía a las entidades territoriales locales en los procesos de gestión del talento humano en salud pública y estimular a las instituciones de educación superior del orden regional y local para la oferta de programas académicos que den respuesta a las necesidades en salud pública de la población del Tolima.

A partir de un análisis descriptivo de corte transversal se procesaron los datos numéricos y categóricos, obtenidos de la aplicación de un instrumento tipo encuesta que permitió identificar las características del perfil profesional, ocupacional de los integrantes de equipos de salud pública del Departamento del Tolima.

2 ANTECEDENTES

La salud pública ha evolucionado a través de la historia como una disciplina que nace a partir de las necesidades humanas para contrarrestar las enfermedades y mejorar la salud de las poblaciones. En la Conferencia de Alma Ata en 1978, se define la salud pública como una responsabilidad de los gobiernos, quienes a través de sus políticas deben incluir el cuidado de la población a través de intervenciones sanitarias y sociales.

La salud pública ha sido considerada un área multidisciplinaria, más no una profesión y por tanto, no se identifican claramente sus límites y la relación con otras profesiones que permitan distinguir sus principios epistemológicos; en el artículo La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales, los autores argumentan que las personas que desarrollan las actividades de salud pública proceden de otras profesiones como la medicina, la veterinaria, la farmacia o la enfermería; configurando la formación y el accionar en salud pública como una especialización, de tal forma que los profesionales se identifican principalmente con su profesión de base y en algunas ocasiones incluyen en sus acciones deontológicas principios epistemológicos de la Salud Pública.(2)

Otros autores, también han puesto sus ojos sobre la necesidad de identificar plenamente las competencias esenciales en salud pública que deben desarrollar los salubristas, en el artículo “Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010”, analizan las necesidades de fortalecimiento de las competencias de los profesionales que desempeñan funciones en salud pública partiendo de la concepción de esta como un área multidisciplinaria, pero que requiere de identidad propia. Se afirma que la salud pública para ser reconocida como un sistema de excelencia debe contar con profesionales competentes y debidamente formados que cumplan con la misión de la defensa de la salud de los ciudadanos.(3)

De igual manera, en el artículo Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria, que tenía como objetivo identificar las fortalezas y debilidades para la

implementación de un modelo de atención primaria en Santander - Colombia, identificaron como factores estructurales, el recurso humano, y adicionalmente resaltan que existen deficiencias relacionadas con los procesos de contratación, la ausencia de incentivos económicos para el trabajo en zonas rurales dispersas, y enfatizan la falta de formación de los profesionales en las intervenciones familiares y comunitarias. (4)

En el documento titulado “La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI”; se realiza una revisión teórica sobre las funciones esenciales de la salud pública que deben desarrollar las enfermeras salubristas y logran evidenciar que las enfermeras no cuentan con las competencias necesarias para prestar los servicios esenciales de salud pública y además proponen un cambio en la forma en que se educa en salud pública para lograr un verdadero impacto en la mejoría de las condiciones de salud de la población. (5)

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

ÁREA PROBLEMÁTICA

La salud pública para Colombia, es definida como el conjunto de políticas, instituciones, estrategias e intervenciones destinadas a mantener y mejorar las condiciones y calidad de vida de las comunidades.(6)

Sin duda, el país muestra avances en la formación de profesionales para que atiendan las necesidades en salud pública de la población, pero desde sus inicios se concibió como un área de especialización o profundización a la cual accedieron principalmente médicos y enfermeras quienes han sido los pioneros en su implementación. Al considerarse un área de profundización, la academia se ha alejado de la formación desde el pregrado para el alcance de las competencias básicas para su ejercicio y no solo para las profesiones de la salud, sino para todas aquellas que hoy contribuyen al desarrollo de su objeto como ciencia; de acuerdo con los autores Segura A, Larizgoitia I, Benavides F.G., Gómez L quienes señalan que la salud pública presenta una seria debilidad en cuanto a la determinación de sus bases epistemológicas y deontológicas y por tanto requiere del fortalecimiento de sus profesionales en cuanto a las competencias esenciales de la salud pública.(2)

Se sigue observando que las enfermedades emergentes como la tuberculosis pulmonar, infecciones respiratorias agudas resistentes a antibióticos, el incremento del VIH/SIDA entre otras patologías de interés en salud pública, siguen deteriorando la salud de las comunidades, y a pesar de que los equipos de salud pública realizan intervenciones para la promoción de la salud, se denota un escaso impacto, por lo que es de gran interés conocer si realmente el recurso humano está entrenado para el desarrollo de actividades de planeación, **ejecución**, evaluación y gestión de la salud pública, generando un cambio positivo en la situación de salud de la comunidad. (7)

Colombia no ha sido ajena a esta situación; el sistema de salud en los últimos años ha presentado grandes rupturas en sus subsistemas y especialmente se evidencia una marcada

inequidad en el acceso a los servicios individuales y colectivos. Es evidente la falta de infraestructura de servicios de salud, la destinación de nuevos recursos económicos para atender las necesidades en salud y la escasez de talento humano entrenado y capacitado para dar respuesta efectiva a las necesidades de la población (7). Ante tal situación, el Ministerio de Salud y Protección Social formula e implementa en el año 2013 el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, que en su estructura está compuesto por 8 Dimensiones prioritarias y 2 transversales, que apuntan al objetivo principal de garantizar el goce efectivo al derecho a la salud. Para su despliegue, el PDSP determina unos requerimientos básicos y dentro de ellos el más importante es el del fortalecimiento de la autoridad sanitaria, a través de la disponibilidad de equipos de salud pública suficientes, entrenados y capacitados para atender integralmente las comunidades (7).

Sin duda, el recurso humano es pieza fundamental para el alcance del cumplimiento del objeto de la salud pública y en el país aún se observa que la formación desde el pregrado para el desarrollo de la salud pública es deficiente; además el perfil de formación de muchos profesionales que actualmente desarrollan acciones en salud pública es netamente clínico, limitando en gran medida el accionar en las comunidades que, aunque no se aleja de este enfoque, requiere de unas competencias específicas.

El observatorio laboral en Colombia reporta que para el año 2015 en el país solo se cuenta con 330 profesionales formados como Magíster en salud pública; dato que se contrasta con el número de profesionales de la salud que reporta el observatorio de talento humano en donde para el año 2015 se estiman 293.548 profesionales de la salud en el país. Para el departamento del Tolima solo se registran 4 profesionales con Maestría en salud pública para este mismo período; lo que denota que existe una marcada necesidad de formación del talento humano en salud pública.

De igual manera, al consultar fuentes primarias en el departamento del Tolima, identifican que existe una debilidad marcada en la formación de los integrantes que hacen parte de los equipos de salud pública de los Municipios del Departamento; una vez iniciado el proceso

de implementación del PDSP se evidenció que las condiciones de formación y disponibilidad del talento humano no daba respuesta a los objetivos planteados en cada una de las Dimensiones; pues aún se sigue concibiendo que la salud pública es un área en donde no se requiere mayor experticia, que un solo profesional puede desempeñarse en una o varias dimensiones y además producto de las difíciles condiciones de contratación y la aguda crisis que atraviesa el sistema de salud del país obliga a que profesionales en especial del área clínica de enfermería incursionen en este campo sin tener la suficiente formación y/o experiencia para el abordaje de programas y estrategias en esta área.

En reciente investigación titulada “Descripción de los sistemas de contratación, perfil profesional y remuneración de los profesionales de enfermería de las Empresas Sociales del Estado de I nivel de atención del departamento del Tolima, Universidad Cooperativa de Colombia, 2015”, se concluyó que no existía coherencia entre el perfil profesional y ocupacional de las enfermeras de la red pública del I nivel del Departamento del Tolima; pues el 70% de los enfermeros de la red de I Nivel encuestados contaban con especialización en área administrativa y las funciones que desempeñaban eran del área de la salud pública o del área clínica, lo que denota una real necesidad de conocer la oferta y demanda que deben realizar las universidades para brindar formación continua al talento humano”.(8)

A partir de búsquedas bibliográficas se confirma que el departamento del Tolima no cuenta con una caracterización del talento humano que desarrolla los programas de salud pública; que en alguna medida den cuenta del avance en los procesos de capacitación y entrenamiento del recurso humano. (9)

De igual manera, al realizar un análisis de la oferta educativa para posgrados con que cuenta el departamento del Tolima, claramente se observa que no existe una amplia oferta de especializaciones o maestrías en las áreas de salud pública que favorezcan el fortalecimiento de las competencias técnicas de los profesionales que trabajan en dicha área; con el agravante que en el Tolima solo se cuenta con una sola facultad de ciencias de

la salud con programas que puedan incluir el desarrollo de competencias en salud pública.(9)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Con base en lo planteado se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Existe correspondencia entre el perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, 2017?

4 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 “la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”. De acuerdo con lo definido en esta Ley, se evidencia que la salud pública en Colombia está conformada por un conjunto de elementos que deben interactuar con gran sinergia para lograr impactos positivos en la salud de la comunidad; un elemento fundamental lo constituye el talento humano que se puede contextualizar como la materia prima o el insumo para la garantía de una atención en salud pública con calidad y oportunidad. (10)

Con el desarrollo del estudio se pretendió conocer las características de formación, ocupación y salario de los integrantes de los equipos de salud pública y analizar si existía correspondencia con las competencias básicas establecidas en las 4 dimensiones definidas como prioritarias para el departamento del Tolima en el Plan Decenal de Salud Pública. Estas dimensiones se determinaron como prioritarias de acuerdo con la tabla de priorización de tensiones de la metodología PASE a la Equidad en salud diligenciada por la Entidad Territorial de Salud del Tolima en donde los puntajes más altos y semaforizados en rojo fueron para las Dimensiones de Salud Mental y Convivencia social, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud sexual, derechos sexuales y reproductivos y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Para la Dirección Territorial de Salud este ejercicio de investigación servirá como pieza fundamental para la evaluación de la planeación del talento humano entorno a la implementación del PDSP, legislado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de las Resolución 1841 del 2013.

Así mismo, al conocer la remuneración que están percibiendo quienes desempeñan labores en salud pública, se motivará a las diferentes agremiaciones y asociaciones para que presenten iniciativas que impulsen el mejoramiento de las condiciones de contratación y remuneración de los profesionales; es conocido que en el país las especializaciones en esta área no son reconocidas económicamente, factor que podría estar incidiendo en los bajos porcentajes de formación en posgrado y por efecto en el logro de mejores impactos en salud para la población.

Para las Universidades del Departamento y el país se convertirá esta investigación en un insumo fundamental para formular nuevas propuestas de formación continua con un enfoque en salud pública, dando respuesta a las necesidades actuales de la población colombiana.

Una vez se tengan los resultados y su respectivo análisis se gestionará con la autoridad sanitaria del departamento para socializar las conclusiones y recomendaciones surgidas contribuyendo con esto a la planeación en salud de la entidad territorial; de igual manera se concertará reunión con la Universidad pública del departamento para dar a conocer las necesidades en formación y capacitación del personal de salud del departamento en el área de salud pública.

A partir de estas consideraciones se evidencia que este proyecto es viable en cuanto apunta a la satisfacción de la necesidad expedita de conocer las características de formación, ocupación y salarios de los profesionales que cumplen funciones en salud pública para el departamento del Tolima a la luz de las competencias básicas establecidas en el PDSP, que a la fecha constituye la carta de navegación de cada uno de los territorios para lograr la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

5 REFERENTE TEÓRICO

REFERENTE CONCEPTUAL

SALUD PÚBLICA Y SUS FUNCIONES ESENCIALES

La salud pública desde sus inicios ha sido considerada como la ciencia que se encarga de atender las necesidades de las poblaciones, puesto que nace a partir de la necesidad de garantizar calidad y mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades partiendo de la implementación de acciones que inicialmente se enfocaban a la higiene y al saneamiento. Es importante destacar que en el contexto internacional es definida como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”. (11)

En el Informe Lalonde de Canadá y en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en salud, se recomendó llevar a cabo acciones intersectoriales para promover la salud pública, en las que se integraban conceptos como promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que podrían ser la clave para mejorar los estilos de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud, de ahí que el enfoque de la salud pública surge en gran medida de las situaciones de emergencias sanitarias que fomentaron la participación de los gobiernos ante la determinación de efectuar acciones colectivas para prevenir las enfermedades, promocionar la salud y reducir el daño social (11).

Asimismo, la Salud Pública en el contexto nacional es concebida como “la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida”(12). De igual manera, con el avance de la ciencia y con la apropiación de la academia para fortalecer sus bases teóricas “La Salud Pública es considerada la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones

humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado”.(12)

Es fundamental reconocer que la definición de la salud pública ha venido en constante evolución; y ha sido influenciada por los distintos acuerdos mundiales que han hecho los diferentes países con el ánimo de desarrollar un concepto común que no solo guíe su accionar, sino que permita la definición de sus funciones esenciales. Es precisamente en el año de 1990 cuando la OMS lidera los procesos de estandarización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). A través de la iniciativa denominada “Salud Pública en las Américas” se definieron 11 funciones esenciales “como un conjunto imprescindible de medidas, bajo la responsabilidad exclusiva del Estado, que resultan fundamentales para alcanzar la meta de la salud pública: "mejorar, promover, proteger y recuperar la salud de la población mediante una acción colectiva”(13) . Con esta iniciativa, se pretendía fortalecer la autoridad sanitaria en cada uno de los territorios para garantizar la mejora y protección de la salud de cada uno de los individuos.

Una vez implementadas las FESP, cada uno de los países que decidieron adoptarlas, analizaron que uno de los aspectos fundamentales para lograr una adecuada implementación de la salud pública lo constituía el talento humano y determinaron la necesidad de formar en competencias propias de la salud pública al personal de salud para el ejercicio de esta como ciencia.

“Son 11 las funciones esenciales de la salud pública a saber: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, Promoción de la Salud, Participación de los ciudadanos en la salud, Desarrollo políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de SP, Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización

en materia de SP, Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, Investigación en salud pública y Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.” (13)

La FESP No. 8 aborda el tema de recurso humano, la identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública, dentro de sus estrategias se encuentra la educación, capacitación y evaluación del personal, con el fin de identificar las necesidades de los servicios y de la atención de salud, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de ajustar adecuadamente las acciones en esa materia. (14)

FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Dentro del fortalecimiento de la salud pública como ciencia, se precisó la necesidad de desarrollar programas de formación en los niveles educativos de pregrado y posgrado para lograr el desarrollo de competencias en los profesionales que decidieran desempeñarse como salubristas; definiendo las competencias como “los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, es decir, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente”.(14)

Desde el año de 1950, la OMS ha venido impulsando en los diferentes países miembros la consolidación de programas de posgrado para la formación de profesionales que lideren y atiendan las principales necesidades en salud de las comunidades. En América Latina se puede identificar que fue en los años 70 cuando se empieza con mayor auge a ofertar programas de maestría en salud pública; de igual manera se logra consenso en las diferentes instituciones que contaban con facultades de ciencias de la salud para incluir dentro de los programas académicos de pregrado estrategias para lograr la formación en competencias básicas para el ejercicio de la salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el recurso humano en salud es uno de los seis elementos constitutivos de los sistemas sanitarios, debe ser receptivo, equitativo y

eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, además debe ser suficiente en número y estar disponible”(13). Describen las características propias del talento humano en salud pública por cuanto se brinda un panorama específico enfocado en: “Personas que prestan servicios de salud y/o de salud pública que desean ejercer de forma dinámica y no fragmentada, trascendiendo las líneas disciplinarias clásicas.

Personas interesadas en adquirir o desarrollar competencias sobre cómo mejorar y proteger la salud y el bienestar de la población, aunque esta no sea su principal área de trabajo. Educadores e instituciones formadoras, para conocer la naturaleza y el tipo de aprendizaje que se necesita en los diferentes ámbitos de práctica y en las diferentes áreas de la salud. Personal dedicado a la gestión y evaluación de las competencias y/o la falta de competencias en la fuerza de trabajo en salud pública.

Tomadores de decisiones y proveedores de servicios, para estar informados de qué tipo de actividades de salud pública se deben llevar a la práctica, de manera que no ocurran aisladamente.

Planificadores de educación, servicios, regulación y recursos humanos para la prestación de servicios de salud y/o de salud pública, para asegurar que existan rutas de progresión profesional adecuadas.”(13)

En Colombia, el Talento humano en salud es definido por la Ley 1164 de 2007 como “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud”(15); a su vez esta Ley define los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano en salud.

Como una ciencia multidisciplinaria, la salud pública hace uso de otras profesiones para lograr el cumplimiento de sus objetivos; entre tanto existen dentro de los equipos

multidisciplinarios diversos profesionales que cada uno con sus perfiles de su base deontológica aportan a la consolidación de la salud pública como área de conocimiento. Es importante entonces, definir el perfil profesional como un conjunto de roles, de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores necesarios que posee un recurso humano determinado para el desempeño de una profesión conforme a las condiciones geo socio económico y cultural del contexto donde interactúan.

En el contexto global los profesionales de la salud “realizan investigaciones, mejoran o desarrollan conceptos, teorías y métodos operacionales y aplican conocimientos científicos relacionados con la medicina, la enfermería, la odontología, la rehabilitación integral, la medicina veterinaria, la farmacología y la promoción de la salud. La definición de las competencias en salud pública ha sido abordada durante la última década en varios países y con diferentes enfoques. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha considerado necesario iniciar un proceso propio que tenga en consideración estas experiencias previas, pero también la realidad sanitaria, social y política de los países de la Región buscando el fortalecimiento de las capacidades en salud pública definiendo el perfil ocupacional como la identificación de los conocimientos, aptitudes, habilidades y destrezas que poseen las personas”(13).

A continuación se profundizara un poco a cerca del perfil de algunas profesiones en lo que tiene que ver con salud pública, para empezar en el caso de los Médicos Generales, su papel podría ser participar en la implementación de políticas que garanticen efectiva y equitativamente los servicios de salud con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención, reconocer los objetivos, componentes y metas de las dimensiones prioritarias y transversales de la salud pública y participar en la implementación y desarrollo de sus estrategias, identifican las necesidades psicosociales individuales, familiares y comunitarias en la población, participar en la priorización de necesidades de salud física y mental de la población, desde la evidencia, la experiencia y el contexto en su comunidad, apoyan la definición de objetivos, metas, acciones e indicadores con base en las prioridades evidenciadas(16).

En cuanto a los profesionales de enfermería han participado más y con mayor eficacia en los aspectos de la salud pública que se realizan durante el contacto directo, cara a cara con el usuario y los miembros de la comunidad. Por lo tanto, están acostumbrados a desempeñar las funciones de educación de los pacientes, fomentar conductas saludables, trabajar con grupos comunitarios, promocionar acuerdos entre esos grupos y organizar las principales actividades de salud preventiva. (5)

Paralelamente el odontólogo, fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación de preceptos éticos, morales, sociales y humanistas, y en el conocimiento bioético, científico y técnico que le permiten participar como ciudadano y como profesional, en la construcción y gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en los ámbitos político, administrativo, social y clínico como parte de la salud pública, para contribuir con su trabajo a la disminución de las inequidades sociales(17). Aunque estas características son compartidas por todos los profesionales que trabajan en salud pública el odontólogo debe desarrollar estrategias y herramientas de educación en salud para que las familias y comunidades mejoren sus hábitos en salud oral y aprehendan acciones de autocuidado que disminuyan la carga de enfermedades de la cavidad oral que en la literatura están asociadas a diferentes patologías, además de identificar, analizar y abordar los problemas de salud bucal y los factores asociados con su presencia y severidad en la población, así como para diseñar programas de promoción, educación y atención para la salud.

Otro punto es la Psicología que se encarga de proveer y mantener ambientes saludables, incluyendo las respuestas a las emergencias en salud pública, los principios que se trabajan están orientados a cambiar el enfoque de factores de riesgo individual, a determinantes fuera del sector salud, predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de servicios hospitalarios a servicios en la comunidad(18).

Lo que se refiere a los profesionales en Nutrición y dietética sus responsabilidades en salud pública son liderar equipos multidisciplinarios, en el diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional de las comunidades para desarrollar planes y programas acordes con la

situación de cada comunidad, participar en la definición de las políticas públicas y en el proceso de planeación, ejecución y evaluación de programas de soberanía alimentaria y nutricional, participar en proyectos de investigaciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana, asesorar la elaboración, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con alimentación, nutrición y salud pública y tomar medidas en forma acertada y oportuna (19).

En relación con los Auxiliares de enfermería, de salud pública y salud oral su papel básicamente se relaciona con brindar atención a la persona, familia y comunidad en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación previstos en los niveles de atención; que participen y actúen activamente en el cambio social que reclama el país, manejando planes, programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidos a la persona, familia y comunidad, que contribuyan a una mejor calidad de vida(20).

PERFIL OCUPACIONAL

La salud pública es entendida como una ciencia multidisciplinar, en la cual tienen cabida la mayoría de profesiones e incluso se podría hablar de algunos técnicos, que aportan de acuerdo con su campo de acción al mejoramiento de la salud de las comunidades desde su entorno y haciendo una sumatoria de dichas acciones se impacta favorablemente sobre el estado de salud de cada individuo(21).

Se observa un creciente reconocimiento de la importancia que para la mejora de la salud tienen las actividades habituales de personas de otras profesiones, cuyo trabajo diario puede tener gran impacto en la salud de la población. Entre ellos se encuentran profesionales de la salud pública, como funcionarios de salud ambiental, pero también otras personas con muy diversas ocupaciones, desde directores generales de gobiernos locales hasta ayudantes de servicios de restauración, los cuales, pese a la gran influencia que puede tener su trabajo en la salud pública, no han sido considerados tradicionalmente como parte de la fuerza laboral que actúa en esa esfera.

Transformar las oportunidades de formación y desarrollo profesional para atender las diversas necesidades de esos distintos grupos del personal de salud pública con miras a que reconozcan y lleven a la práctica sus posibilidades para mejorar la salud es un desafío importante que hay que afrontar si deseamos propiciar mejoras continuas de la salud pública. La presentación de las iniciativas emprendidas por Inglaterra a fin de superar los retos de la contratación y formación de todo el espectro de personal necesario para garantizar eficazmente la salud pública intersectorial puede servir para proporcionar algunas claves a quienes afrontan retos similares en otros países(13).

La salud pública comparte unas funciones para quienes la ejercen que son las siguientes: a) valorar las necesidades de salud de la población, lo que significa comprender y medir los determinantes, y los problemas, de la salud y del bienestar de las poblaciones humanas en sus contexto social, político y ecológico; b) desarrollar las políticas de salud, lo que significa contribuir a la construcción de respuestas sociales para mantener, proteger y promover la salud, y c) garantizar la prestación de servicios sanitarios, lo que significa proporcionar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiariedad, seguridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud(21).

Las competencias específicas que deben tener los profesionales de salud pública, asumiendo que, al tratarse de un campo de actividad multidisciplinaria y multiprofesional, difícilmente un único profesional puede adquirirlas todas. Además, junto a ellas, existen otras competencias de carácter transversal (o inespecíficas), igualmente necesarias para un buen ejercicio profesional, como son: a) ser capaz de persuadir y convencer; b) tener iniciativa; c) desarrollar un pensamiento conceptual y analítico; d) mantener un grado elevado de autoconfianza, y e) tener una notable capacidad de comprensión interpersonal para cooperar y trabajar en equipo.(21)

Como respuesta a la crisis de la salud pública, se plantea una nueva salud pública que responde a un enfoque biopsicosocial y trasciende los servicios de salud. El paradigma resultante es el de municipios saludables que se extiende a cualquier tipo de espacio para hablar de escuela saludable, lugar de trabajo saludable, y muy posiblemente de hogar o

familia saludable. En este nuevo enfoque aparecen otros actores en el escenario de la salud pública que sin ser profesionales salubristas tienen que responder en parte por la salud de la gente.(22)

PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

En Colombia, los planes de desarrollo y planes territoriales en salud han establecido las metas de resultado y de producto que para las entidades territoriales y la población han sido las herramientas utilizadas para enfocar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y dado a ello a partir de los “aspectos contenidos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011 (OMS) y la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), con el fin de mejorar la gobernanza en pro de la salud y el bienestar, en la nación y el territorio, la educación, la convivencia, la cultura, la justicia, el ingreso y el trabajo, la agricultura, la alimentación, el transporte, la infraestructura, la vivienda y el medio ambiente sostenible”(23)

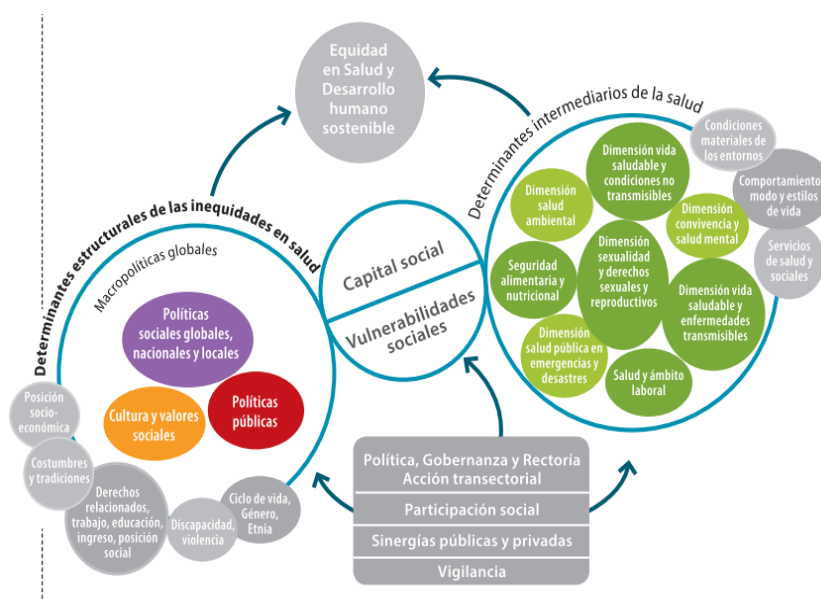
Se desarrolla “el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 como un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU O. d., 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.”(7)

El PDSP está organizado en 8 dimensiones prioritarias y dos 2 dimensiones transversales entre las que se encuentran: convivencia social y salud mental, sexualidad derechos

sexuales y reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud, contemplando “un abordaje con múltiples enfoques: la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional y el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud”(23)

A continuación, se presentan una breve descripción de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021:

Gráfica 1. Modelo de los Determinantes Sociales en Salud.



Fuente: PDSP Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

DIMENSION DE SALUD AMBIENTAL

“Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.”(24)

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

“Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.”(24)

DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

“Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria, que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.” (24)

DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

“Conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.” (24)

DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

“Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.” (24)

DIMENSION VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

“Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.” (24)

DIMENSION SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

“Espacio de acción transectorial, sectorial y comunitaria que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias y desastres, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo.”(24)

DIMENSION SALUD Y ÁMBITO LABORAL

“Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía.” (24)

DIMENSION GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

“Esta dimensión consagra el reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, encaminados a lograr la equidad en salud en el marco de los derechos de sujetos y colectivos. Las acciones transversales a las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad se enmarcan en los siguientes componentes, para los cuales se establecen objetivos sanitarios, metas y estrategias diferenciales”(24)

DIMENSION FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD

“La salud en el Plan Decenal de Salud Pública es entendida más allá de la ausencia de enfermedad y con la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida, minimizando y, si es posible, eliminando los comportamientos dañinos e influencias perjudiciales de factores medioambientales y sociales.” (24)

El plan decenal organiza de manera dinámica la salud pública por dimensiones siendo necesario referir que el plan de salud pública de intervenciones colectivas establecido en la Resolución 518 del 2015, permite aclarar el ejercicio de la gestión de la salud pública y el plan de intervenciones colectivas en concordancia a las dimensiones del PDSP 2012-2021, que compete a los entes territoriales y entidades públicas y/o privadas la ejecución de las mismas con el fin de fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

CAPACIDADES EN SALUD PÚBLICA

En la literatura, los elementos necesarios para que un sistema de salud pública funcione constituyen lo que se conoce como las capacidades de salud pública. En la bibliografía en inglés también se hace referencia a la capacidad de salud pública como la infraestructura de salud pública, definida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos como la “base subyacente que apoya la planificación, la prestación y la evaluación de todas las actividades de salud pública y sus prácticas”. Turnock describe a la infraestructura de salud pública como “los sistemas, las competencias, las relaciones y los recursos que permiten el desempeño de las funciones básicas y los servicios esenciales de salud pública en cada comunidad.” Algunos elementos de la infraestructura de la salud pública incluyen los recursos humanos, institucionales, informativos y fiscales.(14)

La fuerza de trabajo de la salud pública: incluye a todos los trabajadores cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud colectivos. Esta fuerza de trabajo puede dividirse en dos categorías: la fuerza de trabajo primaria, incluidos los trabajadores que están específicamente a cargo de las actividades de salud pública o que

tienen algún cargo en la salud pública, y la fuerza de trabajo secundaria, o aquellos trabajadores externos al sector de la salud, generalmente de otros ministerios como el de agricultura, transporte y educación, de las organizaciones internacionales y de las organizaciones no gubernamentales que también llevan a cabo actividades

REFERENTE NORMATIVO

Ley No. 1438 del 19 de enero de 2011.

Esta Ley fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de un modelo de prestación de servicios público basado en la estrategia Atención Primaria en Salud APS, que brinde servicios con calidad, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los ciudadanos.

Resolución No. 1841 del 28 de mayo de 2013.

La cual adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, que contiene las actividades básicas, esenciales y necesarias de realizar entorno a la salud de las comunidades, adicionalmente organiza las Entidades Territoriales, en lo concerniente a Salud Pública por Dimensiones, lo que permite más eficacia en el desarrollo de las acciones.

Resolución No 0429 del 17 de febrero de 2016.

Crea la Política de Atención Integral en Salud PAIS, cuyo objetivo es generar mejores condiciones en la salud de la población mediante la regulación de las intervenciones sectoriales e intersectoriales, que permitan garantizar la prestación de servicios en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Resolución No. 3202 del 25 de julio de 2016.

Establece la metodología para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, que hacen parte de la Política PAI; su propósito es orientar la prestación de servicios de manera integral y con calidad.

Decreto No. 3616 del 10 de octubre de 2005.

El cual establece las denominaciones del personal auxiliar en las áreas de la salud, definir sus perfiles ocupacionales y de formación y los requisitos básicos para el funcionamiento de sus programas, con el fin de garantizar la calidad en su formación.

REFERENTE CONTEXTUAL

El Departamento del Tolima fue creado jurídicamente por medio de la Ley número 01 de 1908 la cual fija sus límites territoriales. Limita por el Norte con el departamento de Caldas, por el Este con el departamento Cundinamarca, por el Sur con los departamentos de Huila y Cauca y por el Oeste con los departamentos de Quindío, Risaralda y Valle del Cauca.

El territorio estuvo habitado muchos años, antes de la llegada de Colón al continente, por razas aguerridas de origen caribeño apellidadas por los españoles "Los Pijaos", que comprendían las tribus o parcialidades putimaes y yalcones, pantágoras, guarinoes y marquetones, entre las cuales sobresalían los panches. Sin embargo, la zona comprendida entre Anserma, Toche, Cócora e Ibagué, estaba poblada por descendientes de la raza Quimbaya, diferentes a los pijaos, individuos éstos de predominantes rasgos asiáticos, corpulentos, ojos oblicuos, cabello atado en cola de caballo, esencialmente guerreros que se entrenaban en el manejo de las armas desde la adolescencia.

De esta manera, el Tolima goza de una cantidad de leyendas y de vida folklórica que le han dado merecida fama literaria. Tal vez, la tradición y el gusto por la danza, el canto y la música, se deban a las costumbres indígenas que solían celebrar frecuentes bailes colectivos, cantando y portando en las palmas de las manos copas de oro y que, además, asistían a diversos encuentros deportivos, en los cuales los vencedores eran premiados ricamente.

Si en el campo de la literatura el Tolima ha ganado un amplio prestigio, ya sea en el género de la novela, el ensayo, la historia y la poesía, en las esferas políticas sus hombres

representativos han alcanzado las más altas posiciones nacionales, varios presidentes de la República, como: Manuel Murillo Toro, Abadía Méndez, Alfonso López Pumarejo, Darío Echandia y los componentes de la Junta Militar al caer el régimen de Rojas Pinilla, generales Diocracias Fonseca, Pio V Rengifo y Gabriel París y juristas de la talla de Andrés Rocha y Ramírez Moreno, entre otras figuras eminentes que han descollado en los destinos de la República.

Por su ubicación geográfica, por la variedad y la abundancia de sus recursos, además por las condiciones de su raza, por la trascendencia de su historia, así como también por las expresiones auténticas del arte, la música y el folclor, el Tolima es una de las regiones de más protagonismo y de mayor trascendencia en los anales de la historia nacional.

El departamento de Tolima está dividido en 47 municipios, 30 corregimientos, 217 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados.

Municipios del Departamento de Tolima: Ibagué Alpujarra, Alvarado, Ambalema, Anzoátegui, Armero Guayabal, Ataco, Cajamarca, Carmen de Apicalá, Casabianca, Chaparral, Coello, Coyaima, Cunday, Dolores, Espinal, Falán, Flandes, Fresno, Guamo, Herveo, Honda, Icononzo, Lérida, Líbano, Mariquita, Melgar, Murillo, Natagaima, Ortega, Palocabildo, Piedras, Planadas, Prado, Purificación, Rioblanco, Roncesvalles, Rovira, Saldaña, San Antonio, San Luis, Santa Isabel, Suárez, Valle de San Juan, Venadillo, Villahermosa y Villarrica.

La economía del departamento de Tolima está sustentada en las actividades agropecuarias, los servicios y la industria. La agricultura está altamente tecnificada e industrializada, los productos son arroz, ajonjolí, sorgo, café. Algodón, caña panelera, soya, maíz, tabaco, yuca y frutales. La ganadería es principalmente vacuna y le sigue la crianza de porcinos, también es relevante la pesca fluvial. Los servicios son comerciales, de transporte y comunicaciones. La industria se desarrolla en la producción de alimentos, bebidas, jabones, textiles, cemento y algunos materiales para construcción. La minería esta poco desarrollada, se extrae petróleo y se explota oro en algunas zonas.

De acuerdo a la proyección estimada por el DANE para el año 2016, la población total del Departamento del Tolima es de 1.412.220 habitantes, presentando un aumento de 47.138 habitantes en comparación con el año 2005 (1.365.082); la población del Departamento equivale al 2,89% del total nacional.

Con relación al sexo, el 50,12% son hombres (707.830) y el 49,88% son mujeres (705.753). Así mismo, se determina que el 68,67% de la población del Tolima se ubica en las cabeceras municipales, mientras que el 31,33% se encuentra en el resto.

Teniendo en cuenta que las principales causas de mortalidad dentro del departamento del Tolima fueron las relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio, dentro de las que se destacaron las enfermedades isquémicas del corazón, las ECV y las enfermedades hipertensivas; las demás causa, dentro de las que se encontraban las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y el resto de las enfermedades del sistema digestivo; con relación a las neoplasias, sobresalieron el tumor maligno de estómago, próstata y de otras localizaciones y de las no especificadas y finalmente las causas externas, que presentaron sus mayores tasas relacionadas a Homicidios, accidentes de transporte terrestre y suicidios; siendo estas fuentes importantes para la planeación de planes, programas y estrategias de intervención para prevenir nuevos casos de presentación dentro del departamento.(25)

Las enfermedades del sistema circulatorio están relacionadas directamente con el proceso de envejecimiento, los malos hábitos, estilos y condiciones de vida de la población tolimense.(25)

La principal causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres fue por enfermedades del sistema circulatorio.(25)

Dentro de los periodos analizados, se pudo determinar que el aumento de las muertes prematuras está determinado principalmente por las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas, siendo estas las causales de los AVPP en el Tolima.(25)

Con relación a la tendencia de la tasa de mortalidad ajustada frente a los indicadores trazadores del PDSP, la mortalidad por accidentes de transporte terrestre, por tumor maligno del cuello uterino, por tumor maligno del estómago, por lesiones auto-infringidas intencionalmente, por trastornos mentales y del comportamiento, por enfermedades transmisibles y por exposición a fuerzas de la naturaleza se presentaron 1 vez más para el departamento del Tolima con relación a Colombia.(25)

Las principales causas de mortalidad en la infancia y la niñez se relacionaron con ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y Malformaciones congénitas.(25)

Con relación a las principales casusas de morbilidad por ciclo vital en el departamento del Tolima, se observa que en la primera infancia e infancia la principal causa de morbilidad del 2009 al 2015 fue la relacionada con Enfermedades por condiciones transmisibles y nutricionales, dentro de las que se destacan las infecciones respiratorias y las enfermedades infecciosas y parasitarias; con respecto a los ciclos vitales de adolescencia, juventud, adultez y persona mayor la principal causa fue por enfermedades no transmisibles, dentro de las que se encontraron condiciones orales, enfermedades musculo-esqueléticas y enfermedades cardiovasculares.(25)

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la correspondencia entre el perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas para la implementación de las 4 dimensiones definidas como prioritarias en el Plan Decenal de salud pública, 2017.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Describir las características del perfil técnico y profesional de los integrantes que conforman los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Departamento del Tolima.
- 2.** Describir las características del perfil ocupacional y laboral de los integrantes de los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Departamento del Tolima.
- 3.** Identificar las capacidades básicas para la implementación del plan decenal de salud pública en los integrantes de los equipos de salud pública de los 47 municipios del departamento del Tolima.
- 4.** Determinar la correspondencia entre las características del perfil profesional y las capacidades básicas para la implementación del plan decenal de salud pública, 2017.

7 METODOLOGÍA

Enfoque y tipo de estudio

Enfoque: Empírico Analítico

Establecer la correspondencia entre el perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas para la implementación de las 4 dimensiones definidas como prioritarias en el Plan Decenal de salud pública, 2017.

Tipo de Estudio

Alcance Descriptivo y de carácter transversal.

La investigación se proyectó como un estudio de tipo descriptivo por cuanto se identificaron y describieron las características del perfil profesional, ocupacional y de remuneración del personal que conformaba los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Departamento del Tolima, determinando la correspondencia existente entre las capacidades básicas establecidas en el PDSP para las 4 dimensiones definidas como prioritarias.

Población y tipo de muestra

Población

Este estudio incluyó la totalidad de profesionales, técnicos y/o tecnólogos que para el año 2017 tuvieron contrato con las Entidades Territoriales de los 47 Municipios del Tolima y en cuyo objeto contractual se evidenciaba desarrolló de acciones en Salud Pública.

Muestreo

El muestreo que se propuso para el estudio fue a través de un censo, en donde se identificaron para cada una de las 47 entidades territoriales los integrantes de los equipos de salud pública del Departamento del Tolima y quienes hacían parte del total de la población para la vigencia 2017.

Criterios de Inclusión:

Técnicos, tecnólogos y profesionales que hubieran tenido contrato escrito para el año 2017 y cuyo objeto contractual fuera la realización de acciones para Salud Pública según lo contemplado en la normatividad colombiana vigente.

Criterios de exclusión:

Técnicos, tecnólogos y profesionales que no tuvieran contrato escrito y quienes en sus objetos contractuales no se evidenciaran acciones para salud pública en las 4 dimensiones definidas como prioritarias.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica utilizada fue la encuesta. Fue definida como un método de investigación basado en una serie de preguntas que estaban dirigidas a los técnicos, tecnólogos y profesionales que se encontraban en el censo de los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Departamento del Tolima.

Se utilizó como instrumento un cuestionario diseñado por los investigadores y validado a través de una prueba piloto y revisión por expertos. (Anexo 1)

El instrumento propuesto se enfocó a la obtención de la información para la descripción de la población objeto en términos de características sociodemográficas, de formación profesional, ocupacional, y habilidades de desempeño enmarcadas en las estrategias del plan decenal de salud pública priorizadas de la siguiente manera:

Características Sociodemográficas: Edad, Género, lugar donde desempeña sus funciones (área urbana- área rural), municipio.

Características de formación profesional: Nivel de estudio, título otorgado, Perfil Profesional

Características Ocupacionales: Número de integrantes de los equipos de salud pública, tipo de contratación, remuneración, área de experiencia laboral, tiempo de experiencia laboral.

Capacidades básicas del PDSP: En esta categoría se pretende conocer las actividades y acciones que desarrollan los integrantes de los equipos de salud pública, según lo descrito y requerido en el Plan Decenal de salud pública.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez se aprobó y avaló el instrumento para la recolección de información, se solicitó por escrito a la Secretaría de Salud Departamental el apoyo para que cada una de las 47 entidades territoriales participaran activamente del trabajo de investigación; donde la Secretaria de Salud Departamental emitió una circular socializando los objetivos y alcance del proyecto de investigación.

Posteriormente, se solicitó por escrito a modo de certificación que cada uno de los Directores Locales de Salud indicara cuántos y en qué cargos estaban los funcionarios que tenían asignados en salud pública para el año 2017 y de esta manera consolidar el censo que reportó el total de la población.

Siendo 3 los investigadores en el proyecto, cada uno se desplazó a los Municipios que por sorteo le fueron asignados para la aplicación de los instrumentos y de esta manera garantizar el total de la población.

Como se mencionó en el componente de consideraciones éticas, se firmó el consentimiento informado que garantizaba que existiría confidencialidad en el tratamiento de los datos y además donde se les daría a conocer a cada uno de los participantes los objetivos, alcances y resultados esperados con la investigación. (Anexo 2).

SISTEMATIZACION DE DATOS

El registro y procesamiento de los datos cuantitativos obtenidos en la recolección de los mismos, se hizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó análisis descriptivo para cada una de las variables (univariado) con medidas de frecuencia y tendencia central.

Posteriormente, se realizó un análisis bivariado con respecto al nivel profesional y el sexo, tiempo de experiencia y nivel de formación, escala salarial y tiempo de experiencia, perfil profesional y dimensión del PDSP para el cual había sido contratado, nivel de formación y área en la cual desempeñaba funciones.

Después se realizó un análisis multivariado en donde se cruzaron las diferentes variables de perfil profesional, ocupacional, remuneración, acciones que se ejecutan en cada dimensión para obtener una caracterización global de los equipos de salud pública del Tolima en el año 2017 a la luz de los requerimientos y capacidades básicas del PDSP en las 4 dimensiones prioritarias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la recolección de la información se diseñó un formato de consentimiento informado que fue socializado y firmado por los profesionales y técnicos que decidieron participar en la investigación en donde el equipo de investigadores se comprometía a guardar completa confidencialidad en los datos recolectados y solos se publicarían por autorización de los participantes. (Anexo 2).

8 RESULTADOS

Los resultados del procesamiento de la información en su orden respectivo dan cuenta de la descripción sociodemográfica, de la descripción del perfil técnico y profesional, del perfil ocupacional y laboral y las características de la remuneración que reciben los integrantes de los equipos de salud pública, finalizando con el análisis de la correspondencia de los perfiles profesionales con las capacidades básicas para la ejecución de las acciones contenidas en las 4 Dimensiones definidas como prioritarias en el PDPS para el departamento del Tolima en el año 2017; tomando como definición de capacidades básicas los descrito por Turnock donde señala que las capacidades en salud pública corresponde a la infraestructura conformada por “los sistemas, las competencias, las relaciones y los recursos que permiten el desempeño de las funciones básicas y los servicios esenciales de salud pública en cada comunidad.(14)

En total se encuestaron (254) personas de los 47 Municipios del Departamento, quienes fueron identificados a través de listados censales; inicialmente se tenía un total estimado por censo de (373) personas que integraban los equipos de salud pública en el año 2017, pero al momento de solicitar el consentimiento informado para participar en la investigación no accedieron (119) personas. Por tanto, la población encuestada y para efectos del presente informe es de (254) personas.

Al realizar el procesamiento de los datos obtenidos en las (254) encuestas aplicadas a los equipos de salud pública de los 47 Municipios del Tolima, se identifica que los equipos están conformados en su mayoría por mujeres; el 85% de los encuestados corresponde al género femenino y solo el 15% al género masculino. En cuanto a la edad, se observa que el rango de edad para las mujeres esta entre 20 a 59 años, mientras que para los hombres es de 23 a 55 años. (Tabla 4).

Tabla 1. Rango de Edad

| Muestra | N | Edad | |
|-----------|-----|--------|------------|
| | | X-SD | Mín.- Máx. |
| Femenino | 216 | 34-7,0 | 20-59 |
| Masculino | 38 | 35-7,5 | 23-55 |
| Total | 254 | | |

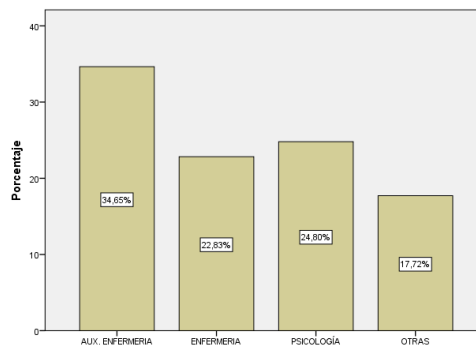
Fuente: Elaboración Propia

Perfil Técnico y Profesional de los Equipos de Salud Pública del Tolima

Se determina que los equipos de salud pública de los municipios del Tolima son diversos en cuanto al perfil profesional; se observa que el 46% cuenta con un título profesional dentro de los que se destacan (Enfermería, Medicina, Psicología, Nutrición). En el nivel técnico se observa que el 37% de los encuestados cuenta con un Título en (Auxiliar de enfermería, técnico en saneamiento ambiental, entre otros).

Se identificaron 3 Títulos de formación Académica predominantes en los encuestados, el primero es Auxiliar de Enfermería con el 35%, seguido por Psicología 25% y la Enfermería en 23%. Los encuestados pertenecientes a otras carreras y profesiones como Ingenieros de Sistemas, Fisioterapeutas, Administradores, ingenieros ambientales, entre otros, representan cerca del 18% del total de encuestados. Los profesionales y técnicos en enfermería tanto a nivel profesional como auxiliar representan el 57,48% de los responsables de la ejecución de las acciones de salud pública. (Gráfico 2)

Gráfica 2. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima, según formación académica.



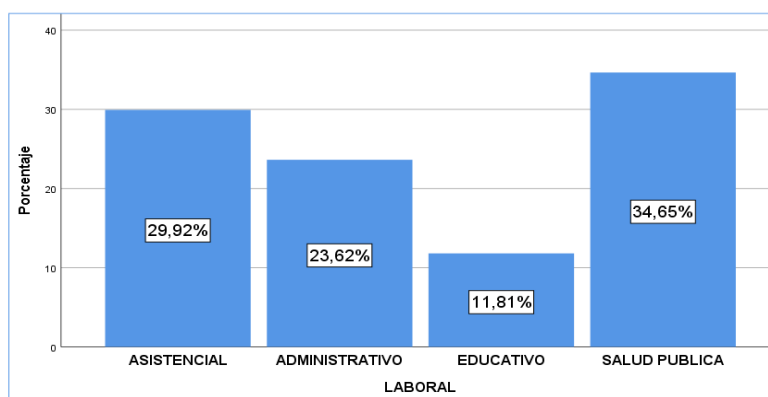
Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la formación de postgrado se determina que del total de profesionales encuestados solo el 13.78%, cuenta con Título de posgrado a nivel de especialización y/o maestría; es decir que el nivel de formación en posgrado representa un bajo porcentaje, tanto para las áreas asistenciales, administrativas y de salud pública; denotando que la formación en salud pública es insuficiente para dar respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población.

Perfil Ocupacional y Laboral

La mayor área de experiencia laboral identificada en los integrantes de los equipos de Salud Pública de los 47 municipios es precisamente en el Área de Salud Pública; se observa que el 34.65% de los encuestados tiene experiencia en esta área, el 29.92% en el Área asistencial, 23.62% en el Área administrativa y el 11.81% tiene experiencia en el área Educativa (Gráfica 3).

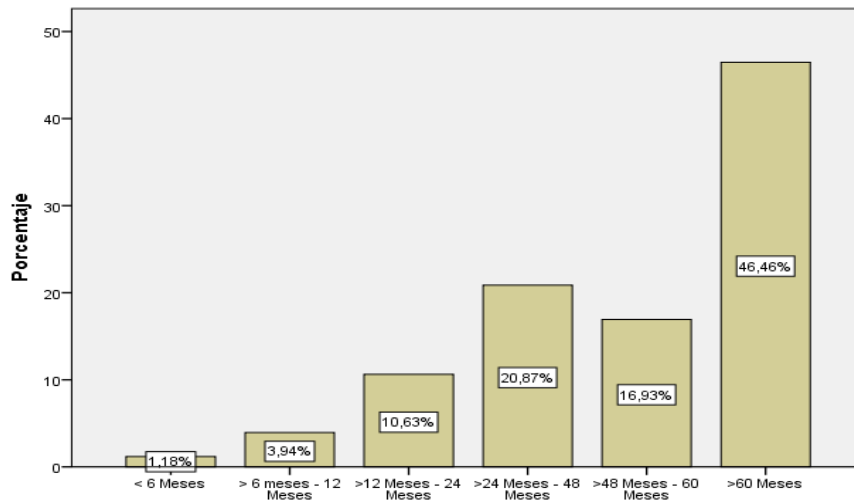
Gráfica 3. Distribución porcentual, según experiencia laboral por áreas.



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto al tiempo de experiencia laboral por años se puede observar que más del 46% de los encuestados cuenta con más de 5 años de experiencia en su profesión, seguido por trabajadores con experiencia de 24 a 48 meses con cerca del 21%; los trabajadores con más de 48 meses de experiencia suman 16.93%; los encuestados con un año o menos de experiencia suman 5.12% (Gráfico 4).

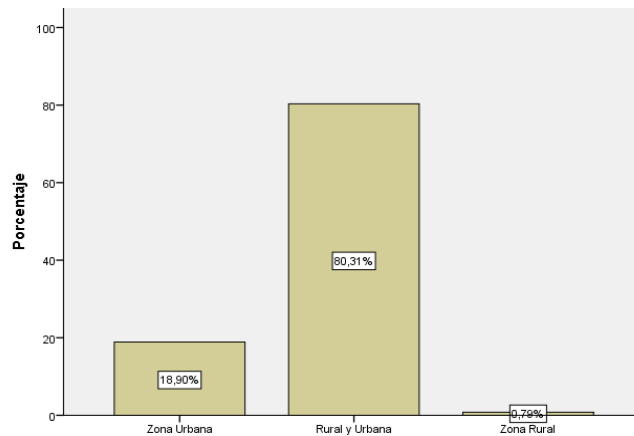
Gráfica 4. Tiempo de experiencia laboral en años.



Fuente: Elaboración Propia

En cuanto al área geográfica en la cual los encuestados desarrollan sus actividades, el 80% refiere que trabajan tanto en zona rural como urbana; los trabajadores exclusivos de la zona urbana corresponden al 19% aproximadamente, y solamente dos encuestados trabajan en exclusividad para la zona rural (Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima, según área donde desempeña labores.



Fuente: Elaboración Propia

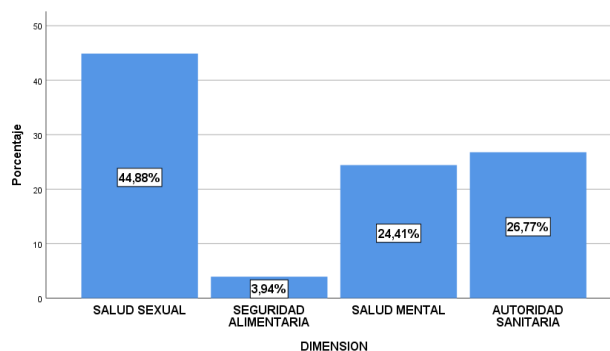
En cuanto a la distribución de los encuestados, según la Dimensión del PDSP para la cual fue contratado de los (254) integrantes, el 45% desarrolla acciones en la Dimensión de Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos, el 27% en Autoridad Sanitaria, el 24% en Salud Mental y Convivencia Social y solo el 4% desarrolla acciones en la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Gráfica 6). En la Tabla 5, se observa que el 24% de los integrantes de los equipos de salud pública ejecutan acciones en tres dimensiones, el 20% en dos dimensiones y el 55% está contratado exclusivamente para ejecutar acciones en una Dimensión. Se evidencia que el 45% de los integrantes de los equipos de salud pública se desempeñan en varias dimensiones del PDSP lo cual les exige un dominio amplio de las acciones específicas de cada una de las dimensiones priorizadas en el departamento (tabla 5, Gráfico 6)

Tabla 2. Integrantes de los Equipos de salud pública que participan en más de una Dimensión.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--------------------|------------|------------|
| Válido | Una dimensión | 140 | 55,1 |
| | Dos dimensiones | 51 | 20,1 |
| | Tres dimensiones | 62 | 24,4 |
| | Cuatro dimensiones | 1 | ,4 |
| | Total | 254 | 100,0 |

Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 6. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública, según Dimensión del PDSP.



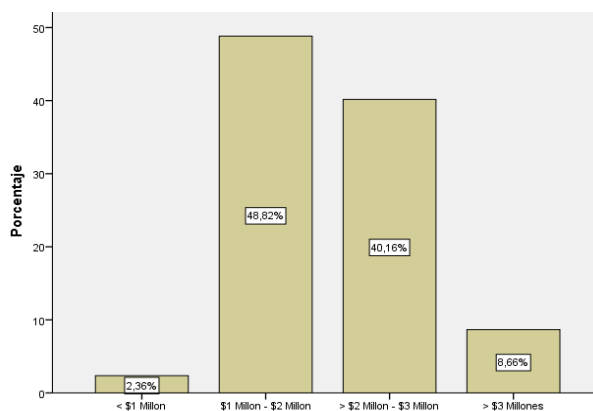
Fuente: Elaboración Propia

En cuanto al área de operación en la cual desarrollan sus actividades, se determina que el área de mayor participación en la cual los encuestados ejercen sus funciones es en el Área Operativa con 73%, que corresponde a la realización de talleres, procesos de información y educación a la comunidad; le sigue el Área de Inspección, Vigilancia y Control en donde se realizan seguimientos a las entidades de competencia de la entidad territorial municipal con la finalidad de verificar el cumplimiento de la Normatividad vigente en salud con cerca del 17%; con el 10% se encuentra el Área de Coordinación que corresponde a liderar y supervisar el personal y el cumplimiento de las acciones planeadas y contratadas en salud pública y 5% al Área de Planeación que define las acciones de los Directores Locales de Salud y/o los Secretarios de Salud Municipales.

Remuneración y Contratación de los Equipos de Salud Pública

El 49% de los encuestados refiere que su escala salarial se encuentra entre \$1 - \$2 millones de pesos, seguido por la escala salarial de \$2- \$3 millones de pesos que representa el 40% de los encuestados, mientras que los salarios superiores a \$3 millones de pesos representan un poco más del 8%. Solo 6 encuestados que representan más del 2% de la muestra refiere que tiene un salario inferior a \$1 millón de pesos (Gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución porcentual del rango de ingresos recibidos por los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima.



Fuente: Elaboración Propia

Se realiza una comparación entre el sexo y el nivel de salarios a través de la prueba de U de Mann – Whitney para probar si existe una diferencia significativa entre las medianas de las dos poblaciones en cuanto al salario. Las hipótesis son las siguientes:

Ho = Las medianas son iguales

Ha = Las medianas son diferentes

El resultado de la prueba es:

Tabla 3. Prueba de U de Mann Whitney.

| | 5. Salarial |
|--------------------------------------|-------------|
| U de Mann-Whitney | 3265,000 |
| W de Wilcoxon | 26701,000 |
| Z | -2,221 |
| Sig. asintótica (bilateral) | ,026 |
| a. Variable de agrupación: 1. Género | |

Fuente: Elaboración Propia

Con un P-Valor de $0.026 < 0.05$ (Nivel de Significancia), se rechaza la hipótesis nula y se concluye que si existe una diferencia significativa entre el nivel de salario de hombres y mujeres. Para dar cuenta de la dirección de esta diferencia realizamos la siguiente tabla cruzada:

Tabla 4. Asignación salarial según género.

| | | | Género | | Total |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | | | Hombre | Mujer | |
| Escala Salarial | < \$1 Millon | Recuento | 1 | 5 | 6 |
| | | % dentro de 1. Género | 2,6% | 2,3% | 2,4% |
| | \$1 Millon - \$2 Millon | Recuento | 13 | 111 | 124 |
| | | % dentro de 1. Género | 34,2% | 51,4% | 48,8% |
| | > \$2 Millon - \$3 Millon | Recuento | 17 | 85 | 102 |
| | | % dentro de 1. Género | 44,7% | 39,4% | 40,2% |
| | > \$3 Millones | Recuento | 7 | 15 | 22 |
| | | % dentro de 1. Género | 18,4% | 6,9% | 8,7% |
| Total | | Recuento | 38 | 216 | 254 |
| | | % dentro de 1. Género | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

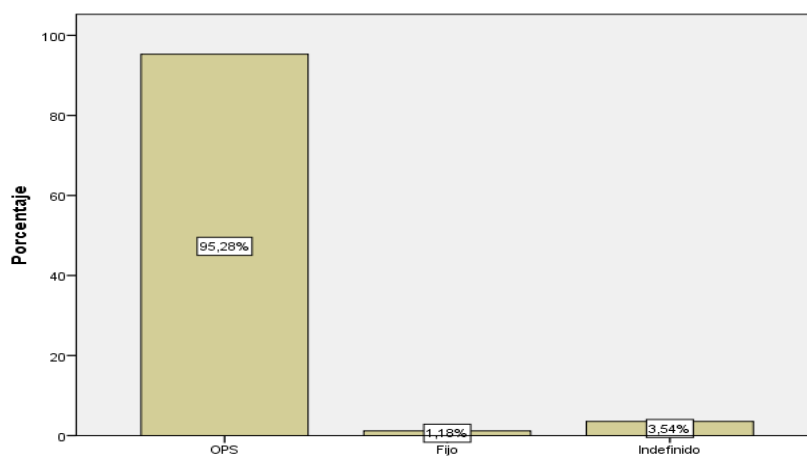
Fuente: Elaboración Propia

La Tabla (4) muestra el cruce de las variables Género y rango salarial que permite inferir que el 18.4% de los hombres presentan un ingreso superior a \$3 millones de pesos, mientras que las mujeres solo el 6.9% perciben este mismo rango salarial.

En cuanto a la variable de tipo de contratación, se observa que el 95.28% de los encuestados tiene un contrato por Prestación de Servicios, el 1.18% a Término fijo y solo 3.54% tiene contrato a Término Indefinido.

En este aspecto es importante mencionar que la modalidad de contratación es una de las dificultades más frecuentes en el sector salud, y una de las situaciones que dificulta que los procesos se ejecuten de manera permanente y que realmente se puedan efectuar evaluaciones y seguimientos a los proyectos y programas.

Gráfica 8. Tipo de contratación de los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima.



Fuente: Elaboración Propia

**ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS EJECUTADAS EN CADA UNA DE LAS
DIMENSIONES DEFINIDAS COMO PRIORITARIAS PARA EL TOLIMA EN EL
PDSP 2016 - 2019**

Dimensión de convivencia social y salud mental

De acuerdo con la estructura contemplada en el PDSP, la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental se encuentra estructurada en dos componentes: Promoción de la Salud mental y la convivencia social, definido como *“el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social”*, y el componente de Prevención y Atención Integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, definido como *“las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno...”*.(7)

En el primer componente se identifica que los psicólogos que ejecutan acciones en esta dimensión, incluyen con mayor participación como estrategias las IEC con 59%, seguido por la Movilización Social y Comunitaria con el 21%; 16% las Redes Socio institucionales y el 3% la Gestión del Conocimiento. Se infiere entonces que los recursos y los esfuerzos de las entidades territoriales han estado enfocados al desarrollo de campañas de IEC predominantemente (cuñas radiales, talleres, piezas comunicativas). Tabla 5.

Tabla 5. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de la salud mental y la Convivencia social.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| IEC | 36 | 59% |
| Redes socio institucionales | 10 | 16% |
| Movilización social y comunitaria | 13 | 21% |
| Gestión del conocimiento | 2 | 3% |
| Total | 61 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En el Componente de Prevención y Atención Integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia la estrategia más utilizada por los encuestados es la de Prevención del consumo Sustancias Psicoactivas con 33%. Esta estrategia enmarcada en la articulación sectorial en intersectorial para la construcción de un plan de acción enfocado no solo al consumo sino a la erradicación de las sustancias psicoactivas; seguido por el IEC con 25% y la Vigilancia en Salud Pública con 20% (Tabla 6).

Este componente es de especial importancia para el Departamento del Tolima ya que en los datos epidemiológicos se observa un crecimiento acelerado de las patologías mentales y de eventos en salud mental como los intentos de suicidio y suicido consumado, además del consumo de sustancias psicoactivas que requiere no solo de profesionales en el área de salud mental entrenados y capacitados, sino suficientes para que puedan atender la alta demanda en esta materia que día a día cobra mayor importancia.(26)

Tabla 6. Estrategias implementadas en el Componente de Prevención y Atención integral a problemas y trastornos mentales.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Rehabilitación Basada en Comunidad | 6 | 10% |
| Atención Psicosocial a víctimas de violencia | 8 | 13% |
| IEC | 15 | 25% |
| Atención en salud mental y SPA | 20 | 33% |
| Vigilancia en Salud Pública | 12 | 20% |
| Total | 61 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional

La segunda Dimensión definida como prioritaria para el Departamento del Tolima, es la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional; justificada en los casos de Muerte por Desnutrición en Menores de 5 años, la persistencia de casos de bajo peso al nacer, y el constante crecimiento de los casos de Desnutrición Crónica (27). En consecuencia y de acuerdo con los datos obtenidos, se identifica que, en el componente de disponibilidad y

acceso a los alimentos, la estrategia más utilizada es la IEC con 60%, seguido por la Vigilancia en Salud Pública con 30% y la Promoción de la Participación social como la menos utilizada con el 10% (Tabla 7).

Tabla 7. Estrategias implementadas en el componente de Disponibilidad y Acceso a los alimentos.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Promoción de la Participación social y comunitaria | 1 | 10% |
| IEC | 6 | 60% |
| Vigilancia en Salud Pública | 3 | 30% |
| Total | 10 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En el segundo componente que conforma la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Consumo y aprovechamiento biológico definido como *“Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado. Incluye factores determinantes del medio ambiente, entornos y estilos de vida, situación nutricional de la población, disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico”* (24), se evidencia que la estrategia más utilizada es la IEC con el 50%, seguido por la Vigilancia en Salud Pública con el 30%. La menos utilizada es la Promoción de la Participación Social y Comunitaria (Tabla 11). En la Gráfica 6 se puede observar que los profesionales asignados para la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional solo representan el 3,9% del total de encuestados.

Tabla 8. Estrategias implementadas en el componente de Consumo y Aprovechamiento biológico.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Promoción de la Participación social y comunitaria | 2 | 20% |
| IEC | 5 | 50% |
| Vigilancia en Salud Pública | 3 | 30% |
| Total | 10 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Dimensión de Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos

La Dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, según el PDSP está definida como “Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades”(24). Se identifica que la estrategia más utilizada en el componente de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos es la IEC con 42%, seguido por la Educación Sexual en comunidades educativas con 31% (Tabla 9).

Tabla 9. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Movilización Social | 19 | 17% |
| IEC | 48 | 42% |
| Educación en Salud sexual | 35 | 31% |
| Ninguna | 12 | 11% |
| Total | 114 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

En el segundo componente que estructura la Dimensión de sexualidad, se encuentra la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR; componente definido como “Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencial desde un enfoque de derechos”(24). La estrategia más utilizada por los equipos de salud pública del Tolima es la Vigilancia en Salud Sexual con 35%, seguido por implementación de rutas de atención en salud sexual y reproductiva con 22%, que corresponde al diseño de los flujogramas para garantizar que la población acceda a los servicios de salud sexual y reproductiva y además establece las responsabilidades de cada uno de los actores que se encuentran implicados en dicha atención (Tabla 10).

Tabla 10. Estrategias implementadas en el componente de Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| IVC en Salud Sexual y Reproductiva | 22 | 19% |
| Implementación de Rutas de Atención en salud sexual | 25 | 22% |
| Vigilancia en Salud Pública | 40 | 35% |
| Ninguna | 27 | 24% |
| Total | 114 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

Dimensión de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Para la Dimensión de Fortalecimiento de la autoridad Sanitaria, definida en el PDSP como “Conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector”, a través de estrategias enmarcadas en el siguiente componente: “*Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud*” (24), se observa que del total de encuestados, solo el 26% afirma que ejecuta acciones para esta dimensión, que representa básicamente el actuar en materia de salud pública.

La estrategia más utilizada en la dimensión del Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria es la Vigilancia en Salud Pública con 42% seguido por las acciones colectivas con 29% (Tabla 11).

Tabla 11 . Estrategias implementadas en la Dimensión de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

| Estrategia | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Regulación | 5 | 7% |
| Conducción | 5 | 7% |
| Vigilancia en Salud | 29 | 42% |
| Movilizacion Social | 10 | 14% |
| Plan de Intervenciones Colectivas | 20 | 29% |
| Total | 69 | 100% |

Fuente: Elaboración Propia

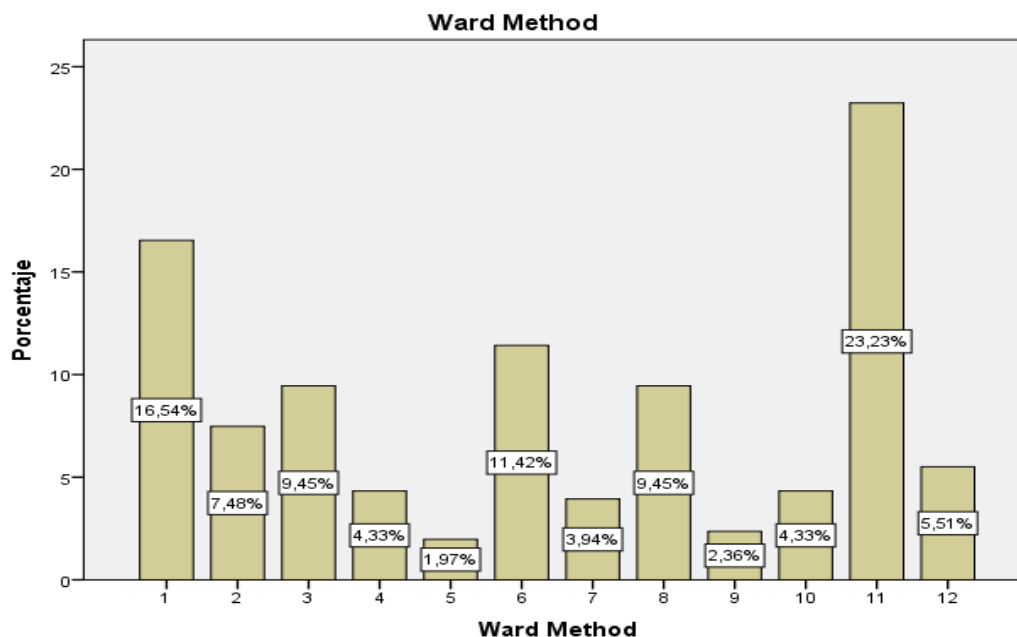
Análisis Multivariado de los Equipos de Salud Pública del Tolima

A través de la matriz de proximidades, se grafica el Dendograma con el cual se tomó la decisión de formar 12 Clúster para tipificar las características de los encuestados frente a género, profesión, escala salarial y la experiencia específica por área en donde se infiere que el Clúster N°11 que representa el 23.23% de los integrantes corresponde a Mujeres, Auxiliares de Enfermería con experiencia laboral únicamente en Salud Pública y salario de \$1 a \$2 MM; el Clúster N° 1 represente el 16.24% y corresponde a Mujeres, profesionales en Psicología con experiencia laboral en Salud Pública y un salario entre \$2 y \$3 MM; el Clúster N° 6 con el 11.42%, corresponde a Mujeres, profesionales en Psicología con experiencia en Asistencial y Salud Pública, y salario entre \$1 y \$2 MM; el Clúster N° 3 con el 9.45%, corresponde a Mujeres profesionales en Enfermería, con experiencia en todos los campos y un salario de \$2 a \$3 MM y el Clúster N° 8 también con el 9.45%, corresponde a mujeres profesionales en Psicología con experiencia en asistencial, administrativo y salud pública, y un salario de \$2 a \$3 MM (Gráfica 9).

| Ward Method | 1. Género | 5. Salarial | 7. Asistencial | 7. Administrativo | 7. Educativa | 7. Salud pública | 9. Nivel de formación | 10. Titulo |
|-------------|-----------|-------------|----------------|-------------------|--------------|------------------|-----------------------|-----------------|
| 1 | Mujer | 2-3 MM | No | No | No | Si | Profesional | Psicología |
| 2 | Hombre | 2-3 MM | No | No | No | Si | Profesional | Psicología |
| 3 | Mujer | 2-3 MM | Si | Si | Si | Si | Profesional | Enfermería |
| 4 | Hombre | 1-2 MM | No | No | No | Si | Tecnico | Enfermería |
| 5 | Hombre | >3 MM | Si | Si | Si | Si | Especialista | Psicología |
| 6 | Mujer | 1-2 MM | Si | No | No | No | Profesional | Psicología |
| 7 | Mujer | 2-3 MM | Si | No | No | No | Profesional | Psicología |
| 8 | Mujer | 2-3 MM | Si | Si | No | No | Profesional | Psicología |
| 9 | Mujer | 1-2 MM | Si | Si | No | No | Tecnico | Aux. Enfermería |
| 10 | Mujer | 2-3 MM | No | Si | No | No | Profesional | Otras Carreras |
| 11 | Mujer | 1-2 MM | No | No | No | Si | Tecnico | Aux. Enfermería |
| 12 | Mujer | 1-2 MM | Si | No | No | Si | Tecnico | Aux. Enfermería |

Fuente: Elaboración Propia

Gráfica 9. Distribución porcentual de los integrantes de los equipos de salud pública, según características demográficas, perfil profesional, ocupacional y las Dimensiones del PDSP.

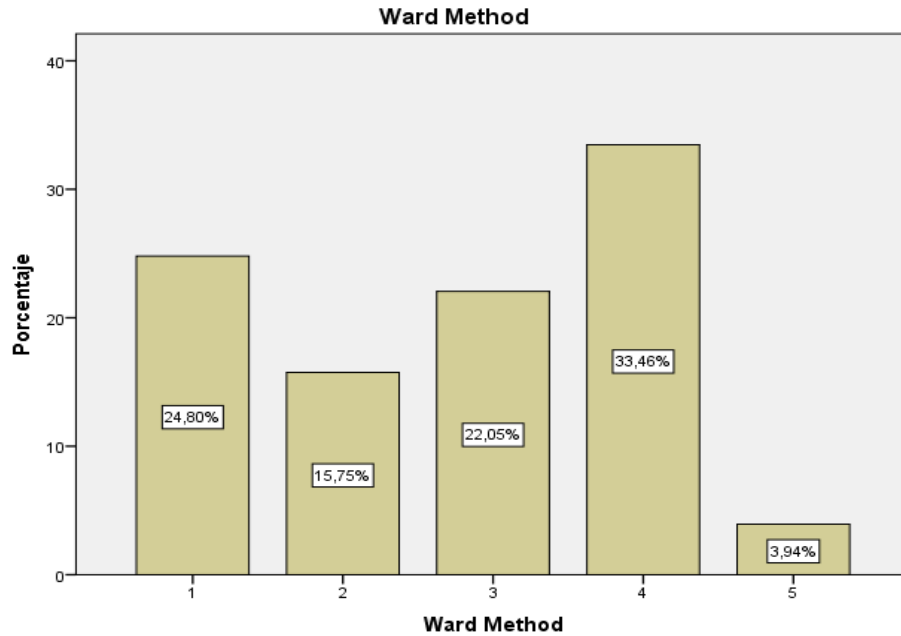


Fuente: Elaboración Propia

Adicionalmente, se analizan las características de profesión, estrategias que se ejecutan en cada dimensión y se concluye que El Clúster N°1 corresponde a profesionales con titulación predominante en Psicología que ejecutan acciones en la Dimensión de Autoridad Sanitaria ya que solo se relacionan con estrategias que se ejecutan en esta dimensión, ejecutan en promedio 2 estrategias. Su frecuencia es de 63 con una participación 24.8%. El Clúster N° 3 corresponde a Profesionales con título en Psicología que ejecutan acciones en la dimensión de Salud Mental y realizan entre 2 y 3 estrategias en su dimensión. Su frecuencia es de 56 para la muestra y corresponde al 22%. El Clúster N° 2 corresponde a Profesionales con titulación en Enfermería que ejecutan acciones en la Dimensiones de Seguridad Alimentaria y Derechos Sexuales y que realizan entre 1 y 2 estrategias en cada una de sus dimensiones. Su frecuencia es de 40 y corresponden al 15.7% de la muestra.

El Clúster N° 1 corresponde a Especialistas en su mayoría, con formación en psicología y otras carreras, que ejecuta acciones en la Dimensión de Seguridad Alimentaría con casi dos estrategias. Son el 3.9% de la muestra con 10 casos.

Gráfica 10. Distribución porcentual de profesionales, según componentes de las Dimensiones del PDSP en el que desarrollan actividades.



Fuente: Elaboración Propia

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos dan cuenta de las características de formación, ocupación, salario de los integrantes de los equipos de salud pública de los 47 municipios del Tolima y la correspondencia existente con las competencias básicas establecidas en las 4 dimensiones definidas como prioritarias para el departamento del Tolima en el Plan Decenal de Salud Pública 2016 - 2019.

Las dimensiones analizadas fueron determinadas como prioritarias de acuerdo con la tabla de priorización de tensiones de la metodología PASE a la Equidad en salud diligenciada por la Entidad Territorial de Salud del Tolima en donde los puntajes más altos y semaforizados en rojo fueron para las Dimensiones de Salud Mental y Convivencia social, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud sexual, derechos sexuales y reproductivos y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria. Es importante mencionar que en el desarrollo de la investigación no se encontró literatura amplia y suficiente que permitiera contrastar los datos recolectados en este ejercicio de investigación.

Se identifica que los equipos de salud pública del Tolima están conformados en su mayoría por mujeres, caso contrario a lo encontrado en el estudio realizado en la subregión del Valle de Aburra en donde el 75% eran hombres (28). Este dato refleja además que en el departamento del Tolima siguen siendo las enfermeras quienes más acciones ejecutan en salud pública y que tradicionalmente es el género femenino quienes poseen el título en enfermería, una profesión que tradicionalmente se ha considerado de vocación femenina. Se identificaron 3 Títulos de formación Académica predominantes en los encuestados, el primero es Auxiliar de Enfermería con el 35% de los encuestados, seguido por Psicología 25% y la Enfermería en 23%. Los encuestados pertenecientes a otras carreras y profesiones como Ingenieros de Sistemas, Fisioterapeutas, Administradores, ingenieros ambientales, entre otros, representan cerca del 18% del total de encuestados. Estos resultados resultan contrarios a los descritos en el estudio denominado *Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014*, en donde se encontró que La

formación académica de los encuestados, el 17,3% (116 personas) es auxiliar, el 18,8% (126 personas) técnico/tecnólogo y el 65,8 % (442 personas) profesional. En el nivel auxiliar son en su mayoría auxiliares de enfermería y odontología. En los técnicos y tecnólogos predominan enfermería, salud oral, saneamiento y salud pública. En los profesionales predominan medicina, enfermería, odontología, psicología, bacteriología, trabajo social y nutrición y dietética (29). El análisis en el Tolima muestra menos diversidad y especificidad de profesionales para enfrentar los problemas de salud pública priorizados en el departamento. Las dimensiones del PDSP requieren profesionales de muy variadas áreas con formación en salud pública.

En cuanto a la variable de tipo de contratación, se observa que el 95.28% de los encuestados tiene un contrato por Prestación de Servicios, el 1.18% a Término fijo y solo 3.54% tiene contrato a Término Indefinido. En este aspecto es importante mencionar que es una de las dificultades más frecuentes en la contratación en el sector salud y que es una de las situaciones que dificulta que los procesos se ejecuten de manera permanente y que realmente se puedan efectuar evaluaciones y seguimientos; entre tanto los logros obtenidos nunca o casi nunca son medidos por la alta rotación del personal. Este resultado se contrasta con lo descrito en el artículo “Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria” cuyo objetivo era identificar las dificultades y los factores dinamizadores en la implementación de un modelo de atención primaria en Santander - Colombia, y determinaron que *“como factores estructurales, el recurso humano, en el que convergen aspectos como la irregularidad en su contratación, la falta de incentivos para el trabajo en zonas alejadas y la falta de formación de los profesionales con un enfoque que trascienda del biomédico e individual a uno familiar y comunitario”*.(4) De igual forma se corrobora esta información con los resultados del estudio en donde se concluye que las *“condiciones laborales del personal de los programas de salud pública son problemáticas, dado que más de la mitad (53% para el 2014) estaba vinculado mediante tipos de contratación que conllevan inestabilidad laboral y alta rotación de personal”*. (24) Para la vigencia 2017 los equipos de salud pública solo el 11% de los encuestados tenían alguna especialidad y el 2% maestría; lo cual se contrasta con los resultados del estudio

Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014 donde se identificó que el 20% de los encuestados eran especialistas y el 3.7% habían cursado algún tipo de maestría. (29).

De acuerdo con los resultados obtenidos se observa que existen diferencias significativas en los salarios que reciben los profesionales, técnicos y tecnólogos que hacen parte de los equipos de salud pública de los municipios del Tolima y que no guardan relación con el tiempo de experiencia laboral ni tampoco con la formación profesional; estos datos se pueden contrastar con los contenidos en la Política Nacional de Talento Humano en salud donde se afirma que existen diferencias significativas en el ingreso promedio de las profesiones de la salud; para 2016, medicina fue la profesión con mayor IBC, \$4.474.258 en promedio, de hecho, se encuentra entre las profesiones mejor remuneradas en el país, lo cual contrasta con el ingreso promedio de profesiones como bacteriología (\$2.229.036), odontología (\$1.820.635) y fisioterapia (\$1.515.644) con remuneraciones por debajo de la media nacional de todas las disciplinas. Enfermería, con un IBC promedio de \$2.375.655, se encuentra en un puesto intermedio entre todas las profesiones de las diferentes áreas del conocimiento (30).

El área en el cual los integrantes de los equipos de salud pública del Tolima reportan mayor experiencia es en el área de salud pública; sin embargo, se observa que los encuestados que han tenido un postgrado suman solo 13.78%. El nivel de formación en posgrado representa un bajo porcentaje, tanto para las áreas asistenciales, administrativas y de salud pública; denotando que la formación en salud pública es insuficiente para dar respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población; situación similar a la registrada en el estudio *Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014*, en donde se identificó que la formación de posgrados, correspondía a 24,6% (165 personas) diplomados, el 20,5% (138 personas) especialización, el 3,7 % (25 personas) maestría y el 0,3 % (dos personas) doctorado.

Puede inferirse entonces que existe una falta de formación a nivel de posgrado y especialmente en salud pública en los equipos del Tolima, que permitan desarrollar con

mayor precisión y resolutivez las necesidades en salud de la población desde el enfoque de atención primaria en salud como lo propone el PDSP; estos datos son similares a los expuestos en la Política Nacional de Talento Humano en Salud donde se enfatiza en que existe baja capacidad resolutivez, particularmente en el componente primario de atención, que implica que el talento humano involucrado en estos servicios, constituido básicamente por auxiliares, técnicos y profesionales no especialistas, no se está gestionando de manera óptima, lo que implica unas “pérdidas” importantes del capital humano más abundante en el sistema de salud (30).

Al revisar por separado cada una de las Dimensiones y analizar las capacidades básicas que debían desarrollarse, se evidencia que en la Dimensión de Salud Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, los profesionales que ejecutan acciones no solo ejecutan acciones en esta dimensión, sino que su tiempo contratado está destinado a la ejecución de otras acciones o intervenciones, situación que puede contrastarse con los resultado del estudio: *La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente*, en donde se concluye que existe una gran dificultad para llevar a cabo los procesos de implementación de la Política de Salud Sexual en los municipios, ya que en estos últimos la formación y la dedicación son menores. No hay personal exclusivo ni para SSR, ni mucho menos para adolescentes; el tema es marginal en los municipios, lo cual hace más pesada la carga de trabajo del referente departamental (31).

En cuanto a las estrategias que se implementan en la Dimensión de Salud Sexual y Reproductiva en los municipios del departamento del Tolima, se observa que predomina la ejecución de estrategias de IEC, situación que también se evidenció en el estudio *La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano: el caso del embarazo adolescente*, donde se identificó que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud desarrollado por la SDS, parte de acciones de Participación social, Acciones integradas de carácter promocional y de prevención y datos arrojados por Vigilancia en

Salud Pública; sin embargo con los resultados observados en este estudio se podría inferir que en el Departamento del Tolima es necesario profundizar en el desarrollo de otras estrategias que garanticen un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva (31).

En la dimensión de Salud mental, se observa que también existen debilidades en el desarrollo de las capacidades para la ejecución de las estrategias contenidas en la Dimensión, pues los profesionales no son suficientes y además se logra evidenciar que, aunque cuentan con experiencia en salud pública, no cuentan con una formación académica en salud pública. En el estudio denominado *Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila* Los psicólogos que laboran en el *área de salud pública del departamento del Huila* ejecutan actividades que para su percepción son excesivas en número y en tiempo. Predomina el ejercicio de actividades de promoción de la salud, que incluye principalmente actividades de educación en y para la salud, y las acciones de intervención psicológica individual, sin que estas últimas hagan parte de las funciones para las cuales fueron contratados. Persiste en el área de la salud pública en la región la visión del ejercicio del psicólogo con orientación clínica, enmarcado en el modelo médico, por parte de las comunidades y de otros profesionales de la salud, quienes además delegan la responsabilidad de las acciones en salud mental de las comunidades en este profesional. Esta es una situación común, sin importar el objeto del contrato que el psicólogo tenga en salud pública (32).

10 CONCLUSIONES

1. Los equipos de salud pública del Tolima, están conformados predominantemente por auxiliares de enfermería, psicólogos y enfermeras quienes se encargan de realizar diferentes actividades en las dimensiones definidas como Prioritarias en el PDSP del Tolima, pero no cuentan con la formación académica necesaria para ejecutar las líneas de acción definidas en los componentes del PDSP de Colombia.
2. Los equipos de salud pública del Tolima, son diversos, cuentan con diferentes formaciones, experiencias laborales y ocupacionales para desarrollar acciones en las Dimensiones definidas como prioritarias en el PDSP del Tolima, pues en algunos municipios se observa que el talento humano en salud cuenta con experiencia en salud pública y también con la formación académica, pero en otros no existe ni la experiencia ni la formación académica para el desempeño de estas acciones, según las capacidades básicas que precisa el documento de PDSP de Colombia.
3. La correspondencia entre el perfil profesional y las capacidades básicas para el desarrollo de las dimensiones definidas como prioritarias para el departamento del Tolima, no presentan correspondencia, es decir que los profesionales, tecnólogos y técnicos que conforman los equipos de salud pública no cuentan con la formación y/o experiencia en la ejecución de acciones de salud pública.

11 RECOMENDACIONES

1. Es importante socializar con las universidades que tienen presencia en el Departamento del Tolima los resultados obtenidos en la investigación, para que incluyan en sus formaciones académicas programas que estén orientados al desarrollo de las competencias en salud pública.
2. Se sugiere que los equipos de salud pública que atienden los Municipios del Tolima, sean equipos multidisciplinarios y que respondan realmente a las necesidades de cada uno de los territorios en cantidad y calidad técnica.
3. Es pertinente que la evaluación de las competencias en salud pública de cada uno de los equipos de los municipios se base en los instrumentos de las funciones esenciales en salud pública que permita identificar las necesidades en formación de acuerdo con estas competencias.
4. Cobra cada vez mayor importancia que el personal de salud pública del Departamento del Tolima, fomente procesos de investigación para el desarrollo de las acciones colectivas y de gestión en salud pública, a fin de propender intervenciones efectivas frente a las necesidades en salud de la población.
5. Igualmente, las diferentes asociaciones y agremiaciones de la salud, con base en estos resultados promuevan mejores condiciones de contratación y remuneración para los equipos de salud pública.

12 REFERENCIAS

1. González Quiñones JC. Resumen: “Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia”. *Cart Comunitaria*. 2018;23(135):33.
2. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de la salud pública y el debate de las competencias profesionales. 2003;17(3):23–34.
3. Garcia A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud publica. 2016;30:9–13.
4. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev Salud Pública*. 2011;13(6):885–96.
5. Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. *Bibl Lascasas*. 2005;1:35.
6. Jackson MB. LEY 1438. Vol. 156, *Journal of Controlled Release*. 2011. p. 315–22.
7. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 1841 de 2013. 2013;326.
8. Fitriatun E. No Title No Title. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689–99.
9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. No Title. 2017.
10. ley-1122-de-2007.pdf.
11. OMS. No Title.
12. DECRETO 3518 DE 2006.pdf.
13. OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. *Publicación Cient y técnica N° 589*. 2002;1(OPS):417.
14. Muñoz F, López-acuña D, Halverson P, Macedo CG De, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *126 Rev Panam Salud Publica/Pan Am*. 2000;8(5):126–34.
15. LEY 1164 DE 2007.pdf.
16. Ortiz Monsalve LC, Salazar López R, Hernández Moreno A, Castellanos Robayo J,

- Rubio González RY. Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia. 2014;28.
17. Herazo Acuña B, Orlando Cuéllar Carlos Gaidos J, Castellanos Robayo J, Ternera Pulido J, Londoño Ulloa Adriana Padilla Castañeda Gina Castro P, Pardo Patricia Barrero Sandra Tovar Valencia M, et al. Perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia. MinSalud. 2013;1–46.
 18. COLPSIC CC de P-. Perfil Y Competencias Del Psicólogo En Colombia, En El Contexto De La Salud. Col Colomb Psicólogos. 2014;1–41.
 19. MSPS-COLOMBIA. Perfil Y Competencias Profesionales Del Médico Familiar. 2014;1–17.
 20. Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 3616 de 2005. 2005;2005.
 21. Benavides FG, Moya C, Segura A, Lluïsa de la Puente M, Portaa M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. Gac Sanit. 2006;20(3):239–43.
 22. Velasco JR, Ph D, Salud F De, Valle U. El papel del profesional de la salud pública ante los retos del nuevo milenio. 1998.
 23. Minsalud. La Salud En Colombia La Construyes Tu. 2013;82.
 24. Ministerio de Salud y Proteccion Social M. Plan decenal de salud. 2012;452.
 25. Tolima GDEL, Departamental D, Publica DES. DEPARTAMENTO DEL TOLIMA AÑO 2016. 2016;(8).
 26. DEPARTAMENTO DEL TOL IMA 2013 – 2021 Gobernación del Tolima Dirección de Salud Pública Secretaría de Salud Departamental. 2021.
 27. ESTUDIO NUTRICION TOLIMA. Dk. 2015;53(9):1689–99.
 28. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V, Jue TL, Sharaf RN, Appalaneni V, et al. Gastrointest Endosc. 2018;10(1):279–88.
 29. Molina-Marím G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, Montoya-Gómez N, Vesga-Gómez C, Lagos-Campos N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. Rev Gerenc y Polit Salud. 2016;15(30):108–25.
 30. Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud, Direccion de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Minist

Salud y Protección Soc. 2018;84.

31. del Castillo Matamoros S, Roth Deubel A-N, Wartski Patiño C, Rojas Higuera R, Chacón Barliza O. Implementation of public policy on sexual and reproductive health (SRH) in the Colombian Coffee Axis: The case of adolescent pregnancy. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2008;6(1):217–55.
32. Bahamón YMFAS-P. Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila. *Textos y Sentidos.* 2016;(13).

13 ANEXOS

ENCUESTA DE CARACTERIZACION DEL PERFIL PROFESIONAL Y OCUPACIONAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD PUBLICA DEL TOLIMA Y LAS CAPACIDADES BASICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD

Nombres y Apellidos: _____ Fecha: ____/____/____

Reciba un cordial saludo,

A continuación, le serán leídas unas preguntas acerca de las labores que desempeñó en salud pública, las cuales le invitamos a responder con la mayor veracidad posible; las respuestas están destinadas a un proyecto de investigación desarrollado por aspirantes a Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales respecto a la "Caracterización del perfil profesional y ocupacional de los equipos de salud pública del Tolima y las capacidades básicas para la implementación del plan decenal de salud "

Sus respuestas son confidenciales y serán reunidas junto a las respuestas de muchas personas que están contestando este cuestionario en estos días. Muchas gracias.

1. Género

Mujer

Hombre

2. Edad en Años

3. Municipio donde labora

4. Área donde desempeña sus funciones

Zona Urbana

Zona Rural

5. Escala salarial

- Menos de \$1.000.000
- De \$1.000.001 a \$2.000.000
- De \$2.000.001 a \$3.000.000
- Más de \$3.000.000

6. Tipo de contrato

- Orden de Prestación de Servicios
- A término Fijo
- A término indefinido

7. Área de experiencia laboral

- Asistencial
- Administrativo
- Educativa
- Salud Pública

8. Tiempo de experiencia laboral

- Menos de 6 meses
- Entre 7 y 12 meses
- Entre 13 y 24 meses
- Entre 25 y 48 meses
- Entre 49 y 60 meses
- Más de 61 meses

9. Nivel de Formación

- Técnico
- Tecnólogo
- Profesional
- Especialista
- Maestría
- Doctorado

10. Título de formación otorgado por institución de Educación formal y/o no

Formal

11. Área en la que desempeña funciones

- Planeación
- Coordinación
- Operativa
- Inspección, Vigilancia y Control

12. Seleccione en cuál de las siguientes dimensiones del PDSP ejecuta acciones

- Dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos
- Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Dimensión de salud mental y convivencia social
- Dimensión de Fortalecimiento de la autoridad Sanitaria

13. De acuerdo con las estrategias contenidas en el componente de promoción de la salud mental y convivencia social de la Dimensión de salud mental, actualmente ¿cuáles desarrolla?

- Redes socio institucionales
- Estrategias IEC
- Movilización social y comunitaria
- Gestión del Conocimiento

14. Cuáles de las estrategias del componente de Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia implementa:

- Complementación de la estrategia de rehabilitación en salud mental
- IEC
- Atención psicosocial a víctimas de la violencia
- Atención en salud de los problemas de trastorno en salud mental y consumo SPA
- Vigilancia en Salud Pública

15. Cuáles de las estrategias del componente de disponibilidad y acceso a los alimentos de la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional ejecuta:

- Promoción de la participación social y comunitaria en SAN
- IEC
- Vigilancia en Salud Pública

16. Cuáles de las estrategias del componente de consumo y aprovechamiento biológico de la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional ejecuta:

- Promoción de la participación social y comunitaria en SAN
- IEC
- Vigilancia en Salud Pública

17. De las estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos ¿cuáles implementa?

- IEC
- Movilización social
- Educación sexual en comunidades educativas

18. De las estrategias de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva ¿cuáles implementa?

- Inspección, vigilancia y control
- Implementación de rutas de atención en salud sexual y reproductiva
- Vigilancia en Salud Pública

19. ¿Cuál estrategia implementa para fortalecer la autoridad sanitaria de su municipio?

- Regulación
- Conducción
- Vigilancia en Salud pública
- Movilización Social
- Plan de Intervenciones Colectivas

Agradecemos su valiosa colaboración, haremos conocer los resultados de la investigación.

Cordialmente,

Diana Carolina Beltrán Orozco
Yeison Adolfo Campos García
Uberney Ríos Betancourth

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA COHORTE VIII

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN:

Título: CORRESPONDENCIA DEL PERFIL PROFESIONAL Y OCUPACIONAL DE LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL TOLIMA Y LAS CAPACIDADES BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA, 2017.

Ciudad y fecha _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, resultados esperados que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, maestrante de la Universidad Autónoma de Manizales, para la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de planeación en salud y el desempeño de mis funciones en salud pública.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.



Firma

Documento de identidad _____ No _____ de _____

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado Acta No. 5 de marzo 23 de 2018