



**CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DEL PSICOLOGO EN EL AREA DE
SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA**

YALENA MOSQUERA BAHAMÓN

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2015**

**CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE
SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA**

YALENA MOSQUERA BAHAMÓN

**Tesis presentada como requisito parcial para optar por el título de:
Magister en Salud Pública**

Director:

Candidato a Ph.D. Fabio Alexander Salazar Piñeros

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES**

2015

Agradecimientos

A la Secretaría de Salud Departamental del Huila (SSDH) por suministrar las bases de datos que permitieron identificar la población objeto y por facilitar el contacto inicial con los potenciales participantes de la investigación, a través de sus espacios de capacitación y de la Red Departamental de Salud Mental (RDSM).

Al Capítulo Huila y Amazonía del Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC), por apoyar esta investigación desde su concepción inicial, realizando observaciones y precisiones que la orientaron en diferentes momentos.

A los profesionales en psicología, que de manera voluntaria participaron en la investigación con la mejor disposición para contribuir a la generación de conocimiento en beneficio del gremio y de la salud pública.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo caracterizar la actividad ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila. Mediante la técnica de grupos focales se identificaron 59 actividades laborales que desarrolla en su ejercicio en el área. Adicionalmente, en una muestra no probabilística de 35 psicólogos, mediante la aplicación del cuestionario Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), se identificaron algunos aspectos laborales y la autoevaluación de 56 Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP) agrupadas en seis dominios. Su autoevaluación señala como CESP de mayor ejercicio las más relacionadas con su formación: *Promoción de la salud y participación social*, *Vigilancia en salud pública*, y *Análisis de la situación de salud*. En menor medida ejercen las CESP relacionadas con la incidencia en toma decisiones y diseño e implementación de políticas públicas. Se evidencian fallas en la planificación en procesos de administración del Talento Humano en Salud.

Palabras clave: Psicología y salud pública, Competencias Esenciales en Salud Pública, talento humano en salud

Abstract

This study had as its main purpose characterizing the occupational activity of psychologists in the public health area at the Huila Department. 59 job activities were identified by focus group technique. Then, in a non-probabilistic sample of 35 psychologists, and by the use of the MRCESP (Regional Framework on Core Competencies in Public Health) questionnaire, some job features were identified, and self-assessment of 56 Core Competencies in Public Health (CCPH) grouped in six domains was made. Their self-assessment points as their most frequently exercised CCPH the ones more related to their training: *Health Promotion and Social Participation*, *Public Health Surveillance* and *Health Situation Analysis*. The less frequently exercised CCPH are those related to the making of decisions on Health Policy Implementation. Failures in planning processes of Human Talent Management are evident.

Keywords: Psychology and Public Health, Core Competencies in Public Health, Human Talent in Health

Tabla de Contenido

Resumen.....	ii
Lista de Tablas.....	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Presentación.....	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	10
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos específicos	14
Marco Teórico.....	15
Las Competencias en el Contexto Organizacional	15
Enfoques y definiciones.....	15
Clasificación de las competencias laborales	20
Metodologías para la identificación de competencias laborales	24
Análisis funcional	24
Análisis ocupacional	26
Psicología y Salud Pública.....	29
Las competencias en la profesión de la Psicología	33
<i>Perfil y competencias del psicólogo en el contexto de la salud en</i> <i>Colombia.</i>	36
Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	37
Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP)	40
Investigaciones Antecedentes	44
Metodología	49
Tipo de estudio	49
Población	49

Muestra	49
Técnicas e Instrumentos.....	50
Procedimiento	54
Fase 1	54
Fase 2	54
Fase 3	55
Resultados	57
Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública	57
Aspectos laborales del psicólogo en el área de salud pública	66
Competencias esenciales en salud pública (CESP) en psicólogos que ejercen en el área de salud pública.....	69
Discusión	84
Conclusiones	91
Recomendaciones	94
Referencias	98

Lista de Tablas

Tabla 1. Niveles de competencia en las Calificaciones Vocacionales Nacionales del sistema inglés	18
Tabla 2. Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015	41
Tabla 3. Puntaje individual posible por opción de respuesta, por Dominios y total del instrumento MRCESP	51
Tabla 4. Confiabilidad de del instrumento MRCESP por Dominios y total	53
Tabla 5. Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila	58
Tabla 6. Estadísticos descriptivos para las variables Edad, Tiempo de egreso de pregrado, Experiencia en salud y Duración del contrato	66
Tabla 7. Distribución de la muestra por estudios de postgrado	67
Tabla 8. Categorización de actividades laborales del psicólogo de acuerdo con las Competencias esenciales en salud pública (CESP) propuestas por el MRCESP	71
Tabla 9. Estadísticas descriptivas para las puntuaciones por Dominios y Total del instrumento MRCESP	76
Tabla 10. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 1 del instrumento MRCESP	77
Tabla 11. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 2 del instrumento MRCESP	78
Tabla 12. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 3 del instrumento MRCESP	79
Tabla 13. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 4 del instrumento MRCESP	80
Tabla 14. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 5 del instrumento MRCESP	81

Tabla 15. Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 6 del instrumento MRCESP	81
Tabla 16. Promedio de elección de opciones de respuesta y promedio por Dominios y total, del instrumento MRCESP	82

Lista de Figuras

Figura 1. Estructura general de un mapa funcional	25
Figura 2. Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones del SENA.....	27
Figura 3. Distribución de la muestra por grupos de edad	49
Figura 4. Distribución de la muestra por rango salarial	68
Figura 5. Distribución de la muestra por área o denominación de contratación.....	68
Figura 6. Competencias esenciales en salud pública (CESP) por Dominios y total para la muestra	77

Lista de Anexos

Anexo 1. Guía de sesión de grupo focal	105
Anexo 2. Formato de consentimiento informado	107
Anexo 3. Formato de datos básicos	109
Anexo 4. Instrumento Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)	110
Anexo 5. Criterios para la evaluación por jueces del instrumento MRCESP.....	116

Presentación

La presente investigación se ubica en el contexto de la salud pública. Pretende aportar elementos para auscultar la participación del psicólogo como parte de los equipos de salud pública en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), y en correspondencia con la Ley 1090 de 2006, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1616 de 2013 y el Plan Nacional de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.

Teniendo en cuenta el reciente reconocimiento de la normatividad Colombiana de la psicología como ciencia de la salud y la creciente incursión del psicólogo en el área de la salud pública desarrollando actividades diferentes a su rol clínico tradicional, este estudio analizó algunos aspectos de su situación laboral en esta área, la actividad que realiza actualmente en la región, y su ejercicio de las Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP) propuestas en el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) para los recursos humanos en salud en las Américas.

Los resultados ofrecen un panorama actual de la actividad del psicólogo en la salud pública en el departamento del Huila que puede contribuir al desarrollo de procesos de gestión del talento humano en salud, en concordancia con las Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015, y a nivel nacional con la Ley 1164 de 2007 en esta materia. Adicionalmente, es un insumo que permite al gremio de los psicólogos reflexionar sobre su quehacer esta área, y visualizar futuras acciones para el fortalecimiento de las CESP que el psicólogo como profesional en el área de la salud debe ejercer.

Planteamiento del problema

El talento humano es reconocido como factor clave para el funcionamiento de los sistemas de salud; sin embargo, los avances en el tema son incipientes en la región de las Américas. Los principales retos señalan la necesidad de definir políticas para adecuar la fuerza laboral a los cambios en los sistemas de salud, de ubicar el personal adecuado en el lugar adecuado tanto geográficamente como en sus funciones, de regular su migración, de lograr condiciones laborales apropiadas, y de propender por una formación para un modelo de atención universal y equitativo de prestación de servicios de salud (OPS/OMS, 2007).

La Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015 en Colombia, presenta pocos avances en la incorporación de competencias en salud pública en trabajadores de APS y en el mejoramiento de las condiciones laborales de este personal. Un resultado es que estas competencias aún no han sido incorporadas formalmente, debido a que los servicios de salud aún no están reorganizados en el marco de la estrategia de la APS, lo cual se definió con la Ley 1438 de 2011; sin embargo se argumenta que la formación del personal que presta los servicios de salud en los primeros niveles de atención involucra parte de estas competencias. En cuanto a las condiciones laborales, se refiere como avance el aseguramiento obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) que establece la normatividad para toda persona que labora en el país (Ortiz, Restrepo y Cortés, 2013).

Es importante anotar que la mayoría de estudios realizados en el país sobre talento humano en salud, se refieren a disciplinas que tradicionalmente han hecho parte de este grupo; esto es, medicina, enfermería, bacteriología, odontología, nutrición y terapias. A

partir de la Ley 1090 de 2006, con el reconocimiento oficial de la psicología como profesión del área de la salud en Colombia, se evidencia la inclusión de esta disciplina como parte de esta fuerza laboral, tal como lo demuestran los estudios realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social (2012) y, Agudelo, García, Robledo, Caicedo, Ortega, Valenzuela y Mayorga (2013). Valga decir que este reconocimiento ha estado muy asociado a su ejercicio en el ámbito clínico, propio de un segundo nivel de atención en salud.

Tradicionalmente se identifica al psicólogo en el rol que le confiere la psicología clínica, campo disciplinar con gran historia y evolución, orientado a la detección y atención de anomalías o trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales (de conducta, cognitivos, emocionales o sociales). Sin embargo, la complejidad del concepto de salud y de las problemáticas surgidas en el marco de la salud pública, demandan cada vez más acciones que consideren la multiplicidad de factores relacionados con la salud y trasciendan su abordaje con perspectiva curativa e individual, de lo cual la psicología también se ocupa.

La Ley 1090 de 2006 tiene en cuenta el estudio que la psicología hace del comportamiento en general de personas sanas o enfermas, así como el carácter biopsicosocial del individuo incluido en la definición de salud de la OMS, para reconocer al psicólogo como profesional de la salud, independiente del campo en el que éste se desempeñe.

Con el doble posicionamiento de la psicología, como ciencia social y también de la salud, se amplían las posibilidades de acción del psicólogo y de generación de conocimiento desde su perspectiva y en interacción con otras disciplinas, en los procesos de la salud pública.

La normatividad Colombiana en salud pública presenta varios espacios en los que la participación del psicólogo no sólo es posible sino necesaria. El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, derrotero para la mencionada década en el país, busca afianzar el concepto de salud entendido como:

...el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. (p.14).

Además de factores externos al individuo, el PDSP también considera la participación y compromiso como individuo y como sociedad para acceder a un estado de bienestar; esto involucra el desarrollo de comportamientos que lo faciliten, los cuales son objeto de estudio de la psicología.

Como afirma Flórez (2007), los estilos de vida se relacionan con el proceso salud-enfermedad y son una manifestación de lo que los individuos hacen; en este sentido existe un "...nexo inmediato entre la psicología como disciplina científica y el estudio del proceso salud-enfermedad... en cualquiera de sus vertientes teóricas a la psicología le interesa el análisis, la aplicación y comprensión de lo que la persona hace" (p.5).

La reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Ley 1438 de 2011 propone la concurrencia de acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás que sean necesarias para promover la salud de la población en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud. Estas acciones requieren equipos competentes, capaces de transformar realidades sociales en los cuales el psicólogo puede hacer importantes aportes considerando la formación disciplinar.

La Ley 1616 de 2013 hace reconocimiento explícito de la inclusión de la Salud Mental como parte importante de la salud de los Colombianos; la define como un estado dinámico que se evidencia en el comportamiento y la interacción, y que permite a nivel individual y colectivo “...desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (p.1).

En su enfoque promocional la Ley 1616 de 2013 concibe procesos orientados a la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida y los medios para mantener la salud. En el aspecto preventivo se refiere a intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo de la ocurrencia de trastornos mentales, con énfasis en el reconocimiento temprano de los factores protectores, de riesgo y su automanejo. El equipo interdisciplinario, del cual hacer parte el psicólogo, debe prestar servicios de detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

A todos estos espacios planteados por la normatividad en salud pública, la psicología se ha aproximado principalmente a través de dos campos disciplinares o de aplicación: la psicología clínica y la psicología de la salud. Según Grau y Hernández (2005), la primera surgió en el modelo biomédico, centrada en la atención de la enfermedad y de manera individual; la segunda, basada en el modelo biopsicosocial, reconoce la interrelación de los factores biopsicosociales en el proceso salud-enfermedad y se orienta al mejoramiento de estas condiciones constituyendo un nexo entre las ciencias médicas y sociales.

Esta última perspectiva ha permitido que la psicología de la salud haya logrado desarrollos importantes en la atención primaria en salud en Latinoamérica, iniciando en Cuba desde principios de los años 70, antes de su reconocimiento oficial por la American Psychological Association (APA) en 1974, y de sus inicios en Europa en las décadas de los 80 y 90 (Grau y Hernández, 2005).

Incluyendo la Psicología Clínica y Psicología de la Salud, actualmente el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) reconoce quince campos disciplinares y profesionales; éstos son: Análisis de la Conducta; Desarrollo humano y Ciclo de Vida; Evaluación, Medición y Estadística Aplicada; Neurociencia y Psicobiología; Procesos Psicológicos Básicos; Psicología de la Sexualidad; Psicología de las Organizaciones y del Trabajo; Psicología del Consumidor; Psicología del Deporte y del Ejercicio; Psicología Educativa; Psicología Jurídica; Psicología Militar, y Psicología Social, Ambiental y Comunitaria (COLPSIC, 2013c). Con diferentes puntos de evolución, estos campos disciplinares son herramientas potenciales para una mejor práctica de la salud pública.

La Ley 1090 de 2006 identifica como propia de la profesión una actividad en la cual el psicólogo ha permanecido distante y con la cual debe comprometerse en todos los campos, además de ser fundamental en salud pública. Londoño, Valencia y Vinaccia (2006), Flórez (2006), y Arrivillaga-Quintero (2009) coinciden en afirmar que la asesoría y participación del psicólogo en el diseño y formulación de políticas en salud y otras áreas, es una actividad en la que este profesional puede y debe incursionar para lograr mayores impactos en todas las áreas de acuerdo con los alcances de la disciplina.

La apertura de espacios de participación del psicólogo en la salud pública ha propiciado el desempeño de este profesional en diferentes programas, estrategias y cargos,

además de la atención psicológica de trastornos mentales. La amplitud del concepto de salud, y la creciente demanda de acciones efectivas en salud pública en el país para el cumplimiento de metas en salud, han confluído en un ejercicio de abundantes acciones de las cuales no es fácil visualizar su efectividad. Varias de estas acciones son compartidas con otras disciplinas, duplicadas y se observa en los tomadores de decisiones desconocimiento, imprecisión o multiplicidad sobre las funciones a contratar en el caso de los psicólogos (Secretaría de Salud Departamental del Huila (SSDH), 2014).

Las Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015 (OPS/OMS, 2007), números 3, 7 y 15 motivan la acción de los países de las Américas para la incorporación de competencias en salud pública en los trabajadores de la APS, y los números 5 y 13, propenden por políticas para el bienestar del recurso humano. En el caso del psicólogo, falta conocimiento sistemático sobre su actual actividad ocupacional y sobre las CESP que ejerce, teniendo en cuenta las condiciones socioculturales, económicas y políticas de las poblaciones, especialmente donde se desarrollan programas y servicios del primer nivel de atención en salud.

El psicólogo, sin perder de vista su quehacer disciplinar, debe ejercer unas CESP que le permitan aproximarse al objetivo global de impactar la salud pública, de acuerdo con el contexto en el cual desarrolla su actividad. Actualmente se dispone de un marco regional para las Américas sobre competencias en salud pública que el talento humano en salud debe tener (Suárez, et al., 2013), el cual constituye una herramienta útil para obtener un panorama de su existencia. Esta situación aún no ha sido investigada en la región, y tampoco lo ha sido la situación laboral del psicólogo que se desempeña esta área, pese a que el departamento del Huila se constituye como pionero a nivel nacional en la

vinculación de estos profesionales en el área de la salud pública a través de proyectos estructurados desde 1996.

En el Huila se registra como hecho antecedente relevante para el psicólogo en el área de la salud pública, la vinculación de estudiantes de último año de pregrado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia para realizar su práctica profesional en algunos de sus 37 municipios en el año 1996.

Según comunicación personal con quien fue supervisor de esa práctica profesional (F.A. Salazar, entrevista, 13 de agosto, 2014), estos primeros psicólogos practicantes tuvieron que hacer frente a situaciones nuevas para ellos, que no se encontraban dentro de las competencias para las cuales habían sido formados. Por primera vez en el país eran vinculados en un contexto municipal a programas de salud pública, Planes de Atención Básica (PAB), Vigilancia epidemiológica, y brigadas de salud en la zona rural.

Este ejercicio se repitió por tres cohortes hasta que la Universidad Cooperativa de Colombia sede Neiva, tuvo estudiantes en práctica disponibles para suplir estos espacios. Varios de los estudiantes que terminaban su carrera fueron contratados luego como psicólogos para realizar similares tareas, y los nuevos practicantes llegaban a apoyar su labor. Desde entonces, se ha mantenido la tendencia a la permanencia de por lo menos un psicólogo en el área de salud pública a nivel municipal.

Además de este recurso, en este departamento operan actualmente a nivel municipal grupos externos a las Instituciones, pero que deben articular con ellas, acciones en salud pública bajo la lógica de la APS. La composición de estos equipos varía según el perfil epidemiológico de cada municipio; están compuestos por auxiliares de enfermería para abordar cada prioridad en salud pública, un psicólogo que lidera y/o ejecuta acciones

específicamente en salud mental, y un profesional de la salud como coordinador (A. Torres, comunicación personal, entrevista, 10 de diciembre, 2014).

A partir de las anteriores consideraciones surge la pregunta de investigación ¿Cómo es la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública?

Justificación

Las reformas sectoriales, entre las cuales se incluye el sector de la salud, exigen nuevos enfoques en la gestión de recursos humanos que permitan adaptarse a la flexibilidad de las nuevas formas de trabajo. Irigoín y Vargas (2002) identifican algunos problemas emergentes en esa gestión; se observa la necesidad de descentralizar procesos, mantener o aumentar la calidad, la productividad, mejoramiento en el reclutamiento y selección, el empleo flexible, respuesta a la coexistencia de diversos regímenes laborales para categorías ocupacionales similares, educación para la mejoría de la competencia laboral, reducción del empleo público, y competencia de recursos financieros y de personal.

El enfoque de las competencias se presenta como una de las alternativas que permite intervenciones integrales y efectivas. En términos de Ducci (1997), el aspecto de transferibilidad y portabilidad de las competencias, es un elemento fundamental en un mercado de trabajo incierto y en constante movimiento. Actualmente los puestos de trabajo cambian continuamente y tienen fronteras difusas entre ellos; el nuevo escenario organizacional tiende a la polifuncionalidad y a la flexibilización, e incluso a la desaparición de los puestos, al punto que el término *puesto* tiende cada vez más a ser reemplazado por *función*, elemento clave en el análisis de las competencias (Irigoín y Vargas, 2002). El desempeño laboral bajo esta perspectiva demanda flexibilidad, creatividad, capacidad de adaptación y aprendizaje.

A pesar del reconocimiento de la importancia de los recursos humanos en la operación de los sistemas de salud y como factor clave en sus reformas, la inclusión del

tema de la gestión de los recursos humanos en la agenda de los países Latinoamericanos es muy reciente (Irigoin y Vargas, 2002).

En Colombia la Ley 1164 de 2007 establece disposiciones sobre los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño, y ética del Talento Humano del área de la salud. Entre sus disposiciones se encuentra la creación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud como Organismo de apoyo a la definición de políticas en esta materia, y el Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud que tiene entre sus funciones “Proponer, diseñar y desarrollar estudios y proyectos relacionados con la formación, desempeño, y gestión integral del talento humano en salud” (num. 7, art. 2, Res. 1536 de 2010).

El psicólogo, reconocido oficialmente por la Ley 1090 de 2006 como profesional de la salud, hace parte de ese talento humano que debe adaptarse a la flexibilización del escenario organizacional, y que requiere fortalecimiento en sus procesos de gestión.

Sebastiani, Pelicioni y Ciattoni (2002) describen cómo las demandas sociosanitarias han aumentado la solicitud de la participación del psicólogo en la atención a la salud, más allá de lo que se ha llamado tradicionalmente *salud mental*, resultando a veces en actuaciones precarias que crean estigmas negativos sobre la función de este profesional ante la población y ante otros profesionales de salud.

El crecimiento de la demanda de la actuación del psicólogo ha ocurrido al tiempo con el aumento de programas académicos de psicología, lo que hace necesario conocer más sobre su actividad ocupacional y condiciones laborales para propender por la calidad de su ejercicio y el bienestar de este talento humano.

Puche (2003) analiza la magnitud de este crecimiento a partir de la Ley 30 de 1992. Identifica 16 Programas registrados en el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) antes de su expedición, 115 después de esto, y 131 para el año 2003, ofrecidos por 66 Instituciones de Educación Superior (IES). En 2012 se registran 247 Programas ofrecidos por 88 IES (Montoya, 2012), evidenciando a lo largo de 9 años un crecimiento del 89% en Programas y del 33% en IES que los ofrecen.

El estudio más reciente y completo sobre las Condiciones sociodemográficas, educativas, laborales y salariales del psicólogo Colombiano fue realizado por COLPSIC (2013a). Participó una muestra de 4567 psicólogos, que constituyó un estimado del 10% de la población total de estos profesionales en el país. Teniendo en cuenta que la primera generación de psicólogos egresó en 1953, la tendencia de graduación, la mortalidad y la jubilación, esta agremiación estima que para el año 2010 habrían aproximadamente 45.000 psicólogos laboralmente activos, que a su vez representarían uno por cada mil personas en Colombia.

En el departamento de Huila no se registran investigaciones publicadas sobre gestión de recursos humanos en psicología y salud pública. El Capítulo Huila y Amazonía de COLPSIC reporta 1.062 psicólogos colegiados a marzo 18 de 2012 (comunicación personal, entrevista, 13 de agosto, 2014). En este Departamento hay cinco programas de psicología activos que se ofrecen semestralmente, lo que sugiere un gremio en continuo crecimiento que amerita investigación para su fortalecimiento como potencial recurso humano en salud.

Con la presente investigación se pretende aportar conocimiento en concordancia con las Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015 y el desarrollo de la Ley del

Talento Humano vigente en el país. La caracterización de la actividad ocupacional del psicólogo que se desempeña en el área de la salud pública en el departamento del Huila permite al ente rector en salud a nivel departamental visualizar necesidades de fortalecimiento de la gestión de este talento humano en relación con las actividades laborales que desarrolla, las CESP, y las condiciones laborales actuales en el área. Este conocimiento es un insumo que puede facilitar a COLPSIC y a la Asociación de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) la reflexión sobre el quehacer del profesional en la salud pública y ofrecer algunos elementos para orientar procesos de formación y capacitación continua.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública en el departamento del Huila.

Objetivos específicos

1. Identificar las actividades laborales que realiza el profesional en psicología en el área de la salud pública en el departamento del Huila.
2. Describir las características laborales del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública en el departamento del Huila
3. Identificar la correspondencia entre la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de salud pública en el Departamento del Huila y las Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP).

Marco Teórico

Para el desarrollo de la presente investigación se tomaron referentes teóricos sobre las competencias en el contexto organizacional, el análisis ocupacional y el análisis funcional como metodologías para la identificación de competencias, la relación entre psicología y salud pública, las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) y las CESP. Al final se presentan estudios antecedentes relacionados con el objeto de investigación.

Las Competencias en el Contexto Organizacional

Enfoques y definiciones.

El enfoque de las competencias en el contexto organizacional surge en países industrializados con el propósito de identificar aquellas características que producían un desempeño destacado por su calidad o por superar los estándares existentes. La literatura sobre el tema coincide en señalar los estudios de David McClelland, psicólogo estadounidense, en la década de los años 70 como aquellos que dieron origen al uso del término. Sus estudios evidenciaron que los antecedentes académicos y los tests disponibles no eran suficientes para predecir el desempeño laboral exitoso de un individuo, por lo tanto era necesario considerar otros aspectos más dinámicos, fluidos que pudieran predecirlo de manera más efectiva.

En cuatro décadas de estudio sobre las competencias se han producido varias definiciones en el contexto organizacional, las cuales se ajustan de acuerdo con los respectivos enfoques y sistemas adoptados por el contexto en el cual se implementan; se distinguen tres enfoques básicos en la construcción de las competencias de acuerdo con las

respectivas corrientes de pensamiento: conductista, constructivista y funcional (CIDEDEC, 1999).

El enfoque conductista de las competencias, según lo expone (CIDEDEC, 1999) se centra en identificar las características de aquellos individuos con el mejor desempeño con el fin de establecer relaciones de causalidad entre esos dos elementos. Interesan los análisis con fines predictivos. Para estos análisis se utiliza la técnica de incidentes críticos, mediante la cual se solicita a los trabajadores de alto rendimiento que identifiquen y describan las situaciones que consideren importantes en relación con el logro de los objetivos de su trabajo, destacando resultados positivos y negativos. Este enfoque considera los motivos, rasgos de personalidad, actitudes, habilidades, valores y conocimientos que las personas usan cuando realizan un trabajo en una organización en particular; predomina en los Estados Unidos con autores como McClelland y Boyatzis como algunos de los más representativos.

Bajo el enfoque funcionalista, proveniente de la teoría sociológica que lleva el mismo nombre, la Organización es concebida en términos de su relación con el entorno; es un sistema que se relaciona con otros y también se compone de subsistemas en su interior. Las funciones de los trabajadores no sólo se relacionan con el entorno de la organización, también entre ellas mismas (Mertens, 1996). A partir de la identificación de los objetivos principales de la organización y del área de ocupación se indaga sobre lo que es necesario para lograrlos; la respuesta identifica la función, es decir la relación entre el problema y la solución (Cariola y Quiroz, 1997). La relación de la función constituye la guía de selección de información relevante; se buscan aquellos elementos de habilidades y conocimientos relevantes para la solución del problema y/o resultado (CIDEDEC, 1999).

El Reino Unido es reconocido como el caso más representativo por utilizar este enfoque; Australia y Canadá también lo son con modificaciones que integran los atributos individuales con el desempeño (CIDEDEC, 1999).

Según Mertens (1996) los enfoques conductista y funcionalista difieren en que el primero el puesto se define con base en las características de las personas que hacen bien su trabajo, de acuerdo con los resultados esperados; "...el énfasis está en el desempeño superior y las competencias son las características de fondo que causan la acción de una persona." (p. 70). Por su parte, el análisis en el enfoque funcionalista describe el puesto o la función, compuesto de elementos de competencia con criterios de evaluación que indican niveles mínimos requeridos. Se basa en la construcción de bases mínimas para efectos de certificación de competencias.

El Reino Unido incorporó el enfoque funcionalista como un sistema nacional de cualificaciones (National Vocational Qualifications, NVQ), a través del National Council for Vocational Qualifications (NCVQ) creado en 1986. Este Sistema establece cinco niveles de competencia que van desde el nivel 1 que agrupa labores rutinarias hasta el 5, cuyas actividades implican el mayor grado de autonomía (Irigoin y Vargas, 2002), como se muestra en el la Tabla 1

Tabla 1
Niveles de competencia en las Calificaciones Vocacionales Nacionales del sistema inglés

Nivel	Descripción	Ejemplo
Nivel 1	Ocupaciones en las que se aplica el conocimiento a un reducido grupo de labores, rutinarias o predecibles en su mayoría.	Limpiador o limpiadora de un cuarto de hospital; camillero
Nivel 2	Ocupaciones en las que se aplican conocimientos en una amplia e importante gama de actividades laborales, realizadas en diversos contextos. Algunas son complejas.	Auxiliar de enfermería
Nivel 3	Competencia en una gama variada de trabajo, desempeñada en diferentes contextos, usualmente complejos y no rutinarios. Alto grado de responsabilidad y autonomía.	Técnica o Técnico en radiodiagnóstico
Nivel 4	Amplia gama de actividades complejas (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos. Alto grado de responsabilidad y autonomía. Tiene responsabilidad por el trabajo de otros y ocasionalmente por la asignación de recursos.	Médica o Médico
Nivel 5	Aplica una gama significativa de principios fundamentales y de técnicas complejas en una amplia variedad de contextos a menudo impredecibles. Gran autonomía personal. Responsabilidad frecuente en la asignación de recursos, en el análisis, diagnóstico, diseño, planeación, ejecución y evaluación.	Directora o Director de Clínica

Fuente: Elaboración basada en Irigoien y Vargas (2002)

El NVQ plantea que cuando el análisis se hace apropiadamente, deben emerger por lo menos cuatro componentes o familias de competencias (NCVQ 1991 en Mertens, 1996); éstos son: resultados de las tareas, gestión/organización de las tareas, gestión de situaciones imprevistas, ambiente y condiciones del trabajo.

El enfoque constructivista según Mertens (1996), rechaza la construcción de la competencia y la norma por separado de la implementación de una estrategia de capacitación; "...construye la competencia no sólo a partir de la función que nace del mercado, sino que concede igual importancia a la persona, a sus objetivos y posibilidades" (p.81). Esta construcción involucra no sólo las personas de alto desempeño en el trabajo, incluye aquellos con bajo nivel, a diferencia del enfoque conductista; ha sido implementado principalmente en Francia (CIDEDEC, 1999).

Afirma Mertens (1996) que hay una tendencia ecléctica en las organizaciones en el uso de los tres enfoques; una de las razones es que el análisis funcional en sentido amplio abarca todas las escuelas, ya que cada una se propone encontrar la forma de obtener un

desempeño superior de la organización y el individuo. Es decir que no hay incompatibilidad absoluta entre ellas.

Los enfoques sobre competencias, así como los diferentes contextos, orientan las respectivas definiciones en el área organizacional. Irigoin y Vargas (2002) retoma la definición de competencia de CINTERFOR/OIT, según la cual es "...la capacidad real para lograr un objetivo o un resultado en un contexto dado" (p.44), Retoma también definiciones con mayor especificidad, según las cuales una competencia es:

«...la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida– mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo». (Definición de la Organización Internacional del Trabajo –OIT–, Ducci, 1997, en Irigoin y Vargas, 2002, p. 44).

«...la aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber hacer». (Definición de CONOCER, 1997 en Irigoin y Vargas, 2002, p. 44).

Mertens (1996) cita la definición elaborada por Richard Boyatzis, quien investigó sobre competencias especialmente en el área gerencial y las define como «...las características de fondo de un individuo que guarda una relación causal con el desempeño efectivo o superior en el puesto» (p. 69).

En las definiciones mencionadas se identifica que las competencias pueden ser adquiridas, se relacionan con el desempeño, se evidencian en un contexto particular, y con respecto a algún parámetro.

La última definición, correspondiente con el enfoque conductista de las competencias, especifica a diferencia de las anteriores definiciones el elemento de las características individuales que bien pueden ser motivos, características de personalidad, habilidades, aspectos de autoimagen y de su rol social, o un conjunto de conocimientos (Mertens, 1996).

En Colombia, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), organismo normalizador y certificador de la competencia laboral en el país, presenta la siguiente definición: «La competencia laboral es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos» (SENA, 2012).

Clasificación de las competencias laborales.

Las clasificaciones de competencias varían de acuerdo al grado de generalidad de la competencia o a la naturaleza de la misma respecto a distintos campos o dominios (Irigoin y Vargas, 2002). El Ministerio de Educación Nacional de Colombia (2008) distingue entre las competencias laborales dos tipos, las generales y las específicas:

Competencias Laborales Generales: Es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se debe desarrollar para desempeñarse de manera apropiada en cualquier entorno productivo, sin importar el sector económico de la actividad, el nivel del cargo, la complejidad de la tarea o el grado de responsabilidad requerido.

Incluye las competencias personales, intelectuales, empresariales y para el emprendimiento, interpersonales, organizacionales, y tecnológicas. Se desarrollan desde la educación básica hasta la media.

Competencias Laborales Específicas: Se relacionan con el saber propio de una ocupación. Se desarrollan en la educación media técnica, en la formación para el trabajo, y en la educación superior.

La inclusión del concepto de competencia laboral es reciente en Latinoamérica y la forma en que se aborda, sus concepciones y metodología varían en cada país según sus condiciones históricas, culturales, problemas, objetivos y posición en el mundo (Ducci, 1997). Esta región, que no es ajena a la dinámica económica mundial de apertura y reformas constantes en el mismo sentido, ha tenido que visualizar nuevas formas de responder a tales desafíos para poder garantizar sistemas de salud equitativos, eficientes, efectivos, sustentables y orientados hacia la satisfacción de las necesidades de salud de sus poblaciones. En consecuencia, el desarrollo institucional para la gestión de sus recursos humanos se convierte en una función esencial de sus capacidades institucionales (Brito en Irigoien y Vargas, 2002).

México es uno de los países identificados como pioneros en la región en la incorporación de un sistema de normalización y certificación de Competencias. Se inició con la instalación a nivel nacional de un Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral de carácter tripartito en 1995, y empezó a operar a partir de 1996 (Mertens, 1996). Este ha sido un proceso liderado principalmente por el Estado como en la mayoría de los países de Latinoamérica.

En la implementación de los sistemas de competencias, Mertens (1996) identifica tres tendencias en relación con quienes impulsan los procesos: a) El Estado, con casos representativos como Reino Unido, Australia y México; b) el mercado, como en los Estados Unidos; y c) las organizaciones de actores sociales (incluye empleadores y

trabajadores), observable en algunos países de Europa y en Canadá. Los resultados varían en cada caso de acuerdo al contexto.

Como resultado de la implementación de estos sistemas, Mertens (1996) analiza que en el primer caso, la participación de los sectores sociales, empleadores y sindicatos es limitada pero hay mayor coherencia conceptual. En el segundo caso, los programas de formación son administrados conjuntamente por la empresa y los sindicatos pero faltan mecanismos de aseguramiento de la calidad del sistema, lo que afecta la transferibilidad de las competencias de un Estado a otro y la disposición de un marco conceptual y un lenguaje común entre programas de certificación y comunidad educativa. En el último caso, las empresas lideran las acciones de formación de los trabajadores y los sectores sociales regulan este proceso en la empresa y en la política del mercado de trabajo.

Los sistemas de competencias deben estar conformados por cuatro subsistemas normalización, formación, evaluación, certificación y reconocimiento de competencia laboral, los cuales Mertens (1996) describe así:

1. La normalización se refiere al conjunto de estándares válidos en diferentes ambientes productivos; es decir, los elementos de referencia a partir de los cuales se determina si una persona es competente y puede tener alcance nacional. Para las empresas, la norma es un elemento que permite articular la gestión de recursos humanos en aspectos como la remuneración, los ascensos, la participación, las condiciones de trabajo.

2. La formación. Una vez establecidas las normas de competencias, se identifican las necesidades de formación. El currículo está orientado a la solución de problemas y a enseñar la forma de aprender. En este proceso, el individuo puede ver claramente la relación entre la enseñanza y práctica y de esta manera orientar fácilmente su aprendizaje.

3. La evaluación. Consiste en medir la diferencia que pueda existir entre lo que el individuo presenta y la norma establecida. Este proceso se realiza de manera individualizada e implica recoger evidencias para contrastarlas con los requerimientos e identificar su estado de competencia. Para esto se utilizan métodos como a) observación del rendimiento; b) pruebas de habilidad; c) ejercicios de simulación; d) realización de un proyecto; e) preguntas orales; f) examen escrito, y g) preguntas de opción múltiple.

4. Certificación. Cuando un individuo se considera competente, se procede a realizar la validación de las competencias a través de un organismo facultado para tal propósito. Los evaluadores deben estar debidamente entrenados y poseer habilidades como: a) evaluar por medio de la observación; b) evaluar diversas evidencias (documentos, testimonios, conocimiento y comprensión), y c) evaluar el conocimiento demostrable en la ocupación sobre la cual se realiza la evaluación.

En Colombia, el SENA, fue designado a través del Decreto 933 de abril de 2003 como organismo encargado de regular, diseñar, normalizar y certificar las competencias laborales. La Institución es dirigida por un Consejo Nacional de carácter tripartito con representantes del sector gobierno, trabajadores y empleadores. Ello facilita en gran medida el diálogo sobre formación y la participación de empresarios y trabajadores. (Observatorio Laboral y Ocupacional del SENA, 2012).

En el país hay avances en la implementación del sistema de competencias laborales. Se ha estructurado la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO), se ha capacitado al personal administrativo y docente en competencias laborales, se han conformado mesas sectoriales de concertación para la identificación y normalización de competencias laborales, e implementado procesos de certificación de competencias laborales; sin

embargo, faltan desarrollos que incluyan empresas, gremios, sindicatos, universidades e instituciones de formación que apunten a la consolidación como sistema nacional de competencias (Barrera, 2002).

Metodologías para la identificación de competencias laborales

La OEI (2000) diferencia dos metodologías de trabajo básicas para la construcción de competencias: el análisis funcional y el análisis ocupacional.

Análisis funcional.

El análisis funcional se basa en la escuela funcionalista de la sociología y corresponde con un modelo funcional de las competencias. Es el punto de partida para elaborar Normas Técnicas de Competencia Laboral. Parte del supuesto que la persona realiza apropiadamente su trabajo y se centra en el resultado que se espera lograr con la actividad que realiza; utiliza una estrategia deductiva, “...se inicia estableciendo el propósito principal de la función productiva o de servicios bajo análisis y se pregunta sucesivamente qué funciones hay que llevar a cabo para permitir que la función se logre” (CINTERFOR/OIT y ChileValora, 2012, p. 6).

El producto de este análisis es un mapa funcional que tiene la estructura que se muestra en la Figura 1. Según CINTERFOR y ChileValora (2012) el proceso incluye los siguientes pasos:

1. Formación de Comités de Normalización: Conformados por una Junta Directiva y Grupos Técnicos que deben incluir organizaciones y asociaciones del sector en estudio y en general quienes conocen del proceso del área en estudio.

2. Capacitación de Comités de Normalización: Quienes participan en este análisis deben ser capacitados en la elaboración y presentación del análisis funcional. Se sugiere

utilizar siempre la ejemplificación, y entregar a cada uno de los integrantes del grupo técnico una copia del procedimiento para elaborar análisis funcional.

3. Aplicación de principios básicos y procedimiento de desagregación de análisis funcional: Tiene como principios básicos que a) parte de lo general a lo particular, es decir, a partir del propósito principal permitiendo el desglose de funciones; b) transferibilidad, porque permite separar funciones de un contexto específico y transferirlas a ámbitos diferentes de trabajo; c) estructura semántica, la cual debe estar conformada por sujeto, verbo y condición en ese orden; y d) parte de funciones, no toma en cuenta ocupaciones, puestos de trabajo, ni jerarquías.

4. Verificación del mapa funcional: Esta paso implica constatar que el producto cumple con los criterios que establece la metodología. Lo realiza un par expertos en la metodología.

5. Validación del mapa funcional: Consiste en reunir diferentes evidencias que conduzca a la aceptación suficiente del mapa.

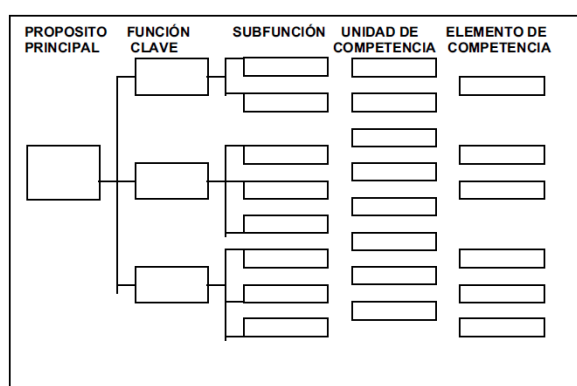


Figura 1. Estructura general de un mapa funcional
Fuente: Guía de Análisis funcional OIT

Análisis ocupacional.

Una de las definiciones del análisis ocupacional para la identificación de competencias laborales lo considera como un proceso de identificación las actividades y requisitos del trabajador y los factores técnicos y ambientales de la ocupación. Incluye "...la identificación de las tareas de la ocupación y de las habilidades, conocimientos, aptitudes y responsabilidades que se requieren del trabajador para la ejecución satisfactoria de la ocupación, que permiten distinguirla de todas las demás" (OEI, 2000, p. 26).

Este proceso permite la identificación de comportamientos laborales comunes a una serie de tareas y ocupaciones, responde al qué, el cómo y el con qué se lleva a cabo el trabajo. Entre los productos de este tipo de análisis la OEI (2000) presenta los siguientes:

- a) Descripción de las tareas específicas desarrolladas por las ocupaciones.
- b) Cuadros de organización de los establecimientos y ramas de actividad donde existen las ocupaciones analizadas.
- c) Diagramas de flujo de los procesos productivos en que intervienen las ocupaciones.
- d) Requerimientos de escolaridad, capacitación y experiencia laboral de las ocupaciones.
- e) Estructuras ocupacionales.
- f) Determinación de necesidades cuantitativas y cualitativas de formación ocupacional.
- g) Identificación de calificaciones en los trabajadores.
- h) Certificación de los conocimientos y habilidades de los trabajadores.

El Catálogo Nacional de Ocupaciones (CNO), es un punto de referencia para estudios que utilizan el análisis ocupacional. "Es un instrumento técnico de carácter indicativo que describe la estructura ocupacional con base en la selección de puestos con

tareas y características similares para conformar las ocupaciones más representativas” (OEI, 2000, p. 18).

En Colombia, el SENA (2012) ha desarrollado una Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) con base en el concepto de niveles de competencia. Utiliza una estructura que facilita la agrupación de empleos y la descripción de las ocupaciones de una manera ordenada y uniforme. Para la clasificación se utilizan dos criterios principales: a) el área de desempeño, que se refiere al tipo de actividad que debe realizarse para cumplir con el propósito de la ocupación y no a un sector económico, y b) el nivel de cualificación.

El área de desempeño está conformada por 10 áreas denominadas: Finanzas y administración, Ciencias naturales y aplicadas, Salud, Ciencias sociales, educativas, religiosas y servicios gubernamentales, Arte, cultura, esparcimiento y deporte, Ventas y servicios, Explotación primaria y extractiva, Oficios, operación de equipos y transporte, Procesamiento, fabricación y ensamble.

El nivel de cualificación se compone de 4 niveles ordenados jerárquicamente que van desde las actividades rutinarias y de subordinación (Nivel D) hasta aquellas de mayor complejidad, autonomía y responsabilidad (Nivel A). Estos niveles incluyen también una descripción del nivel educativo y/o de la cantidad de experiencia usualmente presentes en el ejercicio de la ocupación de que se trate y en cuanto a responsabilidad, se refiere a materiales, valores y trabajo de terceros, entre otras (Vargas, 2009).

También presenta un área ocupacional (26 áreas) que es el conjunto de ocupaciones de un mismo nivel de cualificación, en las cuales se llevan a cabo funciones laborales afines y complementarias, para la elaboración de productos o servicios de similar especie. Es el resultado del cruce entre un área de desempeño y un nivel de cualificación; está compuesta

por uno o más campos ocupacionales. Estos campos (136 campos) son un conjunto de ocupaciones que genera productos y servicios del mismo tipo en el sistema de producción, desarrollando procesos y operando tecnologías específicas. Tiene el mismo nivel de cualificación del área ocupacional. La ocupación (475 ocupaciones) es un elemento del campo ocupacional; está definida dentro de un área de desempeño y a un nivel de cualificación determinado.

El campo ocupacional se puede componer de varios empleos cuyas funciones son afines y complementarias, se desarrollan en procesos específicos para la elaboración de un determinado bien o servicio y para su desempeño se requieren competencias comunes (SENA, 2012). La estructura genérica de la CNO se muestra en la Figura 2

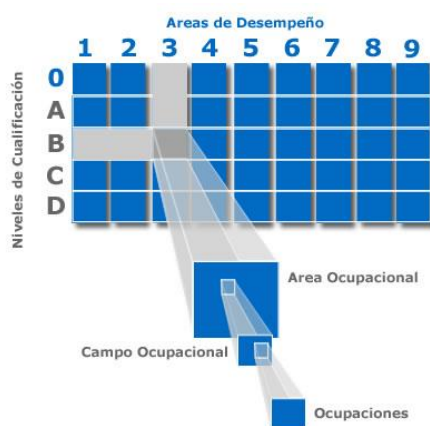


Figura 2. Estructura de la Clasificación Nacional de Ocupaciones. SENA
 Fuente: <http://observatorio.sena.edu.co/Doc/cno/cno.html>

El Análisis Funcional, a diferencia del Análisis Ocupacional, se refiere al resultado que se espera lograr en la actividad que se realiza; en este sentido la función tiende a diferenciarse del concepto de tarea empleada en el Análisis Ocupacional, la cual corresponde al qué, el cómo y el con qué se lleva a cabo el trabajo. La función, en este sentido, es más amplia y expresa el resultado de la actividad realizada en forma tal que no

quede circunscrito en un contexto laboral específico; de esta manera la función es menos cambiante que la tarea (OEI, 2000).

En el análisis ocupacional el punto de referencia para identificar competencias es el inventario de tareas, mientras que en el análisis funcional se toman como base los resultados u objetivos deseados de la empresa en su conjunto, que derivan en funciones y éstas a su vez en conocimientos, habilidades y destrezas requeridas (Mertens, 1997).

Psicología y Salud Pública

La creación del Instituto de Psicología Aplicada el 20 de noviembre de 1947 por parte del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, es señalado como un hito histórico del inicio institucional de la psicología en el país; una de sus funciones era la formación de psicólogos (Peña, 1993). Desde entonces la psicología ha tenido desarrollos importantes para su consolidación en el país.

De acuerdo con las teorías contemporáneas sobre la evolución de las profesiones, la última fase en la consolidación de una profesión se caracteriza por la búsqueda de protección legal, el reconocimiento público, el apoyo legal para controlar el ejercicio y acceso a la profesión, y el establecimiento de un código de ética (Wilensky en Calvo, 2010).

La psicología en Colombia habría alcanzado esa última fase. En la actualidad cuenta con la Ley 1090 de septiembre 06 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, y COLPSIC, entidad privada sin ánimo de lucro de carácter gremial, que tiene como finalidad la defensa, fortalecimiento y apoyo en el ejercicio profesional de la psicología en el país.

Esta entidad reconoce quince campos disciplinares y profesionales en Colombia; entre los cuales está la psicología de la salud.

La psicología de la salud fue reconocida oficialmente en 1978 por la APA. Aunque guarda relación con la medicina psicosomática y la psicología médica, sus raíces más próximas se ubican en la medicina comportamental (Florez, 2006). En una revisión sobre su historia, Grau y Hernández (2005) identifican como razones de su origen las controversias con el modelo biomédico tradicional, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud, y la posibilidad de comprender cómo variables sociales y psicológicas mediatizan los problemas de salud.

Tradicionalmente el psicólogo es reconocido por el ejercicio de la psicología clínica, enfocada hacia el individuo, asociada al trabajo hospitalario y de consultorio (Grau y Hernández, 2005); sin embargo, la evolución en el concepto de salud desarrollado a través de las diferentes Conferencias Mundiales de la Salud desde la realizada Alma Ata en 1979 hasta la celebrada en Río de Janeiro en 2011, vislumbra espacios de acción para la interdisciplinariedad cada vez mayores.

La concepción de salud como bienestar, como derecho fundamental, con perspectiva biopsicosocial, la inclusión del ambiente y los determinantes sociales, la participación de las comunidades, y la promoción de comportamientos responsables, tienen relación estrecha con la psicología y más aún con la psicología de la salud. Sebastiani et al. (2002) retoman algunos puntos que la APA destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud, lo cual confirma su vínculo con la salud pública (p. 159):

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.

2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

En Colombia, durante la década de los 70 se hicieron aportes a la medicina comportamental desde el análisis experimental del comportamiento; se intentó aportar a los problemas de salud como la hipertensión arterial, cefalea tensional, crisis de asma en niños, entre otros, haciendo uso de procedimientos de condicionamiento (Flórez, 2006).

Desde los años 80 y en lo sucesivo hasta la actualidad, los progresos en este campo se han orientado hacia las acciones en prevención secundaria y terciaria, la creación de asociaciones, de programas de postgrados, desarrollo de eventos académicos, y creación de grupos de investigación en el área. Flórez (2006) identifica 25 grupos de investigación que se reconocen a sí mismos como grupos de trabajo en el campo psicología y salud y reportan proyectos en los siguientes temas: calidad de vida en salud; promoción y prevención; consumo de sustancias; estilo de vida y salud; salud mental y salud pública; rehabilitación en enfermedades crónicas; estrés; evaluación y medición; salud sexual y reproductiva; violencia social; perspectiva de género y salud; psicooncología; representaciones sociales de la salud; psicología hospitalaria; soporte social y salud; psicología de la salud y deporte; psicoimmunología; y medio ambiente y salud.

Al tiempo que se reconocen avances en este campo de la psicología en el país, persisten los retos para el psicólogo. Con frecuencia se identifica la orientación hacia acciones individuales en salud más que acciones con sentido de lo público (Sebastiani et al., 2002; Grau y Hernández, 2005; Londoño et al., 2006; Arrivillaga-Quintero, 2009), y la necesidad de incidir más en la toma de decisiones participando activamente en el diseño e implementación de políticas públicas (Londoño et al., 2006; Arrivillaga-Quintero, 2009; Flórez, 2006), que en parte está limitada por insuficiencia en la formación profesional en estas áreas (Londoño, et al., 2006).

También es preciso desarrollar mayor sensibilidad a la realidad del contexto de la región, atendiendo a saberes de otras disciplinas como la sociología y la antropología, trabajar en la construcción de nuevos modelos de costo-efectividad, acordes con los tipos de intervenciones que la disciplina está en capacidad de ofrecer, y la actuación empoderada de los psicólogos en este campo (Arrivillaga-Quintero, 2009).

Aunque la psicología de la salud es el campo de la psicología con desarrollos más cercanos a la salud pública que otros de la misma disciplina, no se puede ignorar que dada la complejidad de la actual situación de salud de la población, la psicología debe actuar con todo su acervo para intentar dar respuesta a este gran reto. Como afirman Sebastiani et al. (2002), las demandas sociosanitarias han aumentado, requiriendo la participación del psicólogo en un área más grande de atención a la salud, más allá de lo que tradicionalmente se ha denominado *salud mental*. En últimas, la división de la psicología en campos de aplicación responde a formas de organización del conocimiento en su interior más que a separaciones radicales del conocimiento.

Las competencias en la profesión de la Psicología.

Durante el presente siglo, en consecuencia con el proceso de Globalización, se han movido intereses en diferentes regiones del mundo por lograr cierta unidad y calidad en la formación de profesionales, entre los cuales están los psicólogos.

En la Unión Europea se creó *EuroPsy*, certificado que garantiza que el psicólogo egresado ha sido formado bajo unos mínimos contenidos, competencias, y estándares de calidad en cualquier país de ese territorio, facilitando su movilidad (EuroPsy, 2008).

El Proyecto Tuning en América Latina, siguiendo planteamientos de estándares mundiales, se propone avanzar hacia un espacio común en educación superior, estableciendo un marco de competencias en la formación profesional que permita la movilidad y respete tradiciones y diversidades de la región (Beneitone, 2007). En su primera fase (2004-2007), se identificaron 27 competencias generales, sugeridas para la formación en 15 áreas temáticas, las cuales también se asumieron posteriormente como parte del perfil para la formación en psicología.

En la segunda fase (2011-2013), se propuso un perfil académico y profesional de egreso para programas de psicología en Latinoamérica. Se identificaron 24 competencias específicas agrupadas en los dominios *Etico*, *Epistemológico*, *Interdisciplinario*, *Disciplinar* y *Profesional* (Rodríguez, et al., 2013).

Una caracterización de programas de pregrado de psicología en Colombia presentada por Puche (2003), muestra que las competencias en los ejes disciplinarios de estos programas estaban planteadas de manera muy general y más orientadas al saber hacer, como era propio de la psicología organizacional en ese momento. Identifica un énfasis profesionalizante en la formación del psicólogo, evidenciado en la cantidad de materias que

definen la orientación de estos programas. Según la autora, esta profesionalización es riesgosamente temprana en la formación del psicólogo, y se ha hecho en las mismas áreas tradicionales desde 30 años atrás; éstas son Clínica/Salud, seguida por el área Organizacional, y en menor proporción por las áreas Educativa y Social/ Comunitaria.

El Proyecto Tuning en América Latina en su segunda etapa (2011-2013) contrasta los perfiles y planes de estudios de algunos programas de psicología en la región con las competencias específicas propuestas, e identifica similares resultados a los de Puche (2003). Además de observarse un predominio competencias en el dominio *Profesional*, las prácticas profesionales se desarrollan en la áreas tradicionales como clínica, de la salud, educativa, organizacional y del trabajo, psicología social y comunitaria, y psicología jurídica (Rodríguez, et al.,2013).

También identificó la discrepancia percibida por académicos, empleadores, estudiantes y graduados entre el nivel de logro y la importancia asignada a las competencias genéricas y específicas. Todos consideraron que el nivel de logro es inferior al de importancia en ambos tipos de competencias. Las competencias generales y específicas relacionadas con el dominio *Etico* tuvieron los promedios más altos en importancia en todos los grupos; ocupando el primer lugar la *Capacidad para asumir el compromiso ético de la práctica psicológica*.

Las competencias del dominio *Profesional*, relacionadas con evaluación, diagnóstico, intervención, y desarrollo de programas, se encontraron en la mayoría de los perfiles de pregrado; sin embargo, el Proyecto acepta que su desarrollo se perfecciona en programas de postgrado.

Cuando se aborda el tema de las competencias en los profesionales, con frecuencia éste se enfoca en aquellas que se pueden desarrollar durante el proceso formativo con el propósito de lograr un desempeño profesional adecuado una vez finalizado el proceso; sin embargo, también hay enfoques orientados al desarrollo de competencias que sólo se evidencian ante una necesidad o problemática particular en el ejercicio profesional.

Los estudios realizados sobre las competencias laborales del psicólogo se enfrentan a la complejidad debido a la diversidad de enfoques y campos de aplicación de la disciplina.

Roe (2003) ha estudiado las competencias para psicólogos en el contexto Europeo; identifica en la psicología la necesidad de realizar análisis específicos de las competencias de acuerdo con cada campo de aplicación de la disciplina. Afirma que debido a la especificidad de las competencias, es preciso "...diferenciar entre las especialidades y tener en cuenta el contexto ocupacional (sistema escolar, consultoría de empresa, sistema público de salud), el tipo de cliente (niño, estudiante, esposa, jefe), la clase de problema (desarrollo individual, prevención de enfermedad, resolución de conflicto)...” (p. 5). La evaluación de competencias generalizadas puede ocultar las diferencias entre especialidades y producir falsas e ilusorias ideas acerca de las cualificaciones actuales del psicólogo.

Este autor toma como marco de análisis el modelo de entrada (input) y el modelo de salida (output). El primero se refiere a las competencias que el psicólogo debe adquirir en su formación; el segundo a las que debe tener según la demanda en la práctica o ejercicio de la profesión. Agrega que ninguno de los dos es suficiente por sí mismo; adquirir competencias en el modelo de entrada no garantiza que lo hará apropiadamente en el de salida

Roe (2003) cita los pasos que según el Integrative Profiling System [Sistema Integrado de Perfilado], deben seguirse para llevar a cabo un perfil de competencias en cualquier ocupación:

1. Análisis ocupacional o de trabajo: Recoger información de los roles, funciones y tareas que deben realizarse en un trabajo u ocupación particular
2. Análisis de competencias: Establecer las competencias requeridas, junto con las formas asociadas de conocimientos, habilidades y actitudes, así como las disposiciones subyacentes, es decir, capacidades, rasgos de personalidad y otras características.
3. Modelar las competencias: Bosquejar un modelo mostrando las relaciones entre las competencias particulares y los conocimientos, habilidades y actitudes relevantes, así como las disposiciones (por ejemplo, de forma estadística tal como el modelo de regresión);
4. Contrastar el modelo de competencias: Evaluar la validez del modelo y establecer los parámetros de las variables que contribuyen o que predicen las competencias.

Añade Roe (2003) que los dos primeros se pueden realizar mediante métodos convencionales de análisis de tareas y los dos últimos son una confirmación empírica del perfil. También considera que en la práctica el juicio de expertos y la conducta de expertos suele ser aceptado como base suficiente para llegar al perfil de competencias.

Perfil y competencias del psicólogo en el contexto de la salud en Colombia

Considerando aspectos como la multiculturalidad de América Latina, la importancia del trabajo interdisciplinario en la estrategia APS, del trabajo intradisciplinar del psicólogo, la convivencia y la salud mental como una de las prioridades en salud pública, y la magnitud del modelo de determinantes sociales, COLPSIC (2014) planteó una propuesta de

competencias transversales y competencias específicas del psicólogo en el contexto de la salud, teniendo en cuenta la definición de competencia profesional así:

Una competencia profesional hace referencia al conjunto de las capacidades (conocimientos, habilidades, actitudes y experticias) propias de su nivel de formación, en torno a la solución de una situación problema o demanda social, a partir de la reflexión ética, el reconocimiento de las particularidades del entorno, el establecimiento efectivo de las dimensiones de la situación problema y el reconocimiento de la pertinencia del trabajo colaborativo e interdisciplinar (COLPSIC, 2014, p. 20).

Las competencias transversales son consideradas como aquellas que atraviesan varias disciplinas y son necesarias para el desempeño profesional aceptable. Fueron agrupadas en los dominios: a) acción profesional, b) ética y valores, c) relaciones interpersonales / inter – disciplinarias, d) contexto, cultura y diversidad, y e) investigación.

Las competencias específicas están relacionadas directamente con la ocupación y permiten describir la capacidad del psicólogo para lograr un desempeño eficiente en los contextos de salud. Fueron agrupadas en cinco dominios: a) Identificación de problemas relevantes, b) Evaluación y diagnóstico, c) Diseño e implementación de programas de promoción, prevención e intervención, d) Monitoreo y seguimiento, y e) Comunicación de resultados.

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

La iniciativa *La Salud Pública en las Américas* es aprobada en el año 2000 en respuesta al debilitamiento de las acciones en salud pública en la región, causado por la expansión del modelo neoliberal. Las reformas a los sistemas de salud incluyeron entre otros, la privatización de los servicios, que alejaron al Estado de su compromiso para garantizarlos. (OPS, 2002).

La Iniciativa fue orientada hacia "...la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado". (OPS/OMS, 2000, p. 1).

Las FESP son condiciones necesarias e indispensables sobre las cuales el Estado debe ejercer la rectoría y por medio de la autoridad sanitaria y articular los diversos agentes sociales de los sectores pertinentes, para lograr su cumplimiento. Se definen como un "...conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones" (OPS, 2002, p. 60).

La OPS, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), desarrollaron una metodología para definir y medir el desempeño de las FESP. En ella se identifica la necesidad de adecuar definiciones e indicadores y estándares de las FESP para permitir que la práctica de salud pública se fortalezca a través del refuerzo de las capacidades institucionales necesarias.

Este enfoque supone que si las funciones son bien definidas para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de salud pública, se asegura el apropiado funcionamiento en cada uno de los campos de acción de la salud pública (OPS/OMS, 2000); de esta manera, las FESP atraviesan dichos campos (e.g. salud ambiental, salud ocupacional, enfermedades crónicas, etc.)

Se identificaron 11 FESP como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas. Cada título resume los componentes que la integran y que son la base de la definición de estándares, indicadores, mediciones y submediciones. Estas son:

- FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud.
- FESP 3. Promoción de la salud.
- FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud.
- FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- FESP 10. Investigación en Salud Pública.
- FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

La OPS (2002) realizó una evaluación del desempeño de las FESP en 41 países de las Américas. Se identificaron los resultados más bajos en las funciones de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios (FESP 9), el desarrollo de recursos humanos para la salud pública (FESP 8) y la investigación en salud pública (FESP 10), mientras que las FESP de reducción del impacto de emergencias y desastres (FESP 11) y de vigilancia de la salud pública (FESP 2), fueron mejor evaluadas; sin embargo, no superaron una puntuación del 70%.

Sobre la FESP 8 se identificó que sólo la mitad de los países participantes definen las necesidades de personal para el desempeño de la salud pública (tamaño de la planta de personal, su perfil y competencias requeridas), lo que dificulta la potenciación del desarrollo de los recursos humanos. Tampoco se evalúan las estrategias de selección y retención de personal, evaluación del desempeño y aunque en el 32% de los participantes se realiza esta última actividad, ésta información no se utiliza para asignar responsabilidades según méritos o incentivar el personal. Adicionalmente, aunque se promueve la formación en educación continuada, no se evalúan estos resultados de la formación, ni hay políticas claras que aseguren su calidad. Son los indicadores más críticos de esta FESP los relacionados con la formación continua y de postgrado en salud pública y la calidad de la fuerza de trabajo.

Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP)

La OPS reconoce la crisis mundial de los recursos humanos para la salud y sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades y el desempeño de los sistemas de salud. Identifica problemáticas como la insuficiencia de personal sanitario de determinadas categorías, la falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo, la falta de recursos humanos para atender necesidades de salud de grandes sectores de la población, la movilidad de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud, las condiciones precarias de trabajo, la escasa motivación y baja productividad del personal de salud, la ineficiencia en la asignación de los recursos, y los desequilibrios en la composición y la distribución de la fuerza laboral (OPS/OMS, 2007).

Teniendo como antecedente la aguda problemática en materia de recursos humanos en los años 90 en las Américas, evidenciada en la medición de las FESP en la región y reconociendo como un factor determinante del desempeño de un sistema de salud el rendimiento de los agentes de salud, la OPS/OMS (2007) planteó las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, e instó a los países miembros a formular planes nacionales de recursos humanos para su cumplimiento.

Se trata de 20 metas organizadas en cinco grupos o desafíos que corresponden a políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral, ubicar al personal adecuado en los lugares adecuados, promover de iniciativas nacionales e internacionales para la conservación del personal, fomentar ambientes de trabajo saludables, y crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para adaptar la educación de los profesionales sanitarios.

Las metas 3, 7 y 15 se relacionan particularmente con el desarrollo de competencias en el personal de salud como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2.

Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015

Desafío	Descripción de la meta
1	Meta 1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes
1	Meta 2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
1	Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
1	Meta 4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1.
1	Meta 5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.
2	Meta 6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.
2	Meta 7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

2	Meta 8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
2	Meta 9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.
3	Meta 10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
3	Meta 11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
3	Meta 12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.
4	Meta 13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad.
4	Meta 14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.
4	Meta 15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.
4	Meta 16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.
5	Meta 17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
5	Meta 18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
5	Meta 19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
5	Meta 20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Fuente: MinSalud (2013) en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud.

A través de un ejercicio de medición, la OPS/OMS (2010) identificó una situación preocupante en la región andina en cuanto a las competencias de salud pública e interculturales de los equipos de atención primaria. La transformación de los sistemas de salud hacia la APS exige nuevos perfiles y competencias de los recursos humanos para su implementación, y la capacitación existente no satisface las necesidades permanentes (más que puntuales) de promoción de cambio en la organización y funcionamiento de los servicios.

En consecuencia con sus hallazgos, la OPS propone que se adopte una estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados

en la atención primaria de salud, con el enfoque de la educación permanente, cuyo su propósito es

...fortalecer las capacidades de liderazgo, de conducción, de gestión y de prestación de servicios requeridos para: la renovación de la atención primaria de salud, la operación de redes integradas de servicios y el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública. (OPS/OMS, 2010, p. 4).

En apoyo al fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud pública para el mejor desempeño de las FESP se creó el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), teniendo en cuenta que en América Latina los retos principales no se centran en la oferta del personal en salud sino en la disponibilidad de personal competente (Suárez, et al., 2013).

Este insumo no fue elaborado bajo a lógica de las profesiones; toma como referencia las once FESP y las reagrupa en seis dominios sustantivos: (a) Análisis de situación de la salud; (b) Vigilancia y control de riesgos y daños; (c) Promoción de la salud y participación social; (d) Política, planificación, regulación y control; (e) Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos, y (f) Salud global e internacional. El sexto dominio fue adicionado considerando la necesidad de ver y abordar la salud como un bien público mundial.

Este trabajo fue realizado por un equipo regional con integrantes expertos de 12 países que identificó, después de un proceso de elaboración y validación cruzada, 56 competencias distribuidas en los seis dominios. De esta manera se realizó un aporte para que los países de las Américas fortalezcan las capacidades de sus sistemas de salud pública como estrategia para el desempeño óptimo de las FESP, y se sugiere la construcción de un

instrumento que posibilite la medición de las competencias esenciales en la práctica en el sector salud.

Investigaciones antecedentes

Se identifican los siguientes antecedentes para la presente investigación:

1. Arroyave, Giraldo y González (2007), realizaron un estudio que tuvo como objetivo principal identificar las competencias laborales y definir los criterios de desempeño en salud pública de los profesionales de Enfermería y Medicina.

Se construyó un instrumento que identifica funciones y conductas asociadas e incluye una escala numérica de 0 a 5 correspondiente a las opciones de respuesta *nunca, casi nunca, pocas veces, algunas veces, casi siempre, y siempre*. El total de la sumatoria de cada una de las funciones permite identificar el logro de las competencias en los grados: muy alto, alto, medio alto, medio, medio bajo, bajo y nulo.

Este instrumento puede utilizarse bajo la estrategia de autoevaluación, heteroevaluación e interevaluación y permiten cualificar y evaluar el recurso humano de las mencionadas profesiones que laboran en el área de Salud Pública.

Se tomó como referencia las once (11) FESP y se agregaron las funciones de prevención de la enfermedad, salud ocupacional, gerencia del cuidado de enfermería y gerencia de la atención médica, y las relacionadas con comportamientos y actitudes (motivación, creatividad, cautela, trabajo en red, autoestima, comprensión y liderazgo).

2. El Ministerio de la Protección Social de Colombia (2012) realizó una caracterización laboral del talento humano en salud aproximándose desde el ingreso base de cotización. Presenta escasa información sobre los profesionales en psicología, quienes conformaron el 2,14% de la muestra de profesionales. De este porcentaje 83,9% es de sexo femenino.

En el total de la muestra por cada hombre hay 3 mujeres, y la mayoría del personal en salud es del nivel profesional, seguido por el personal auxiliar. Cerca del 61% del total se encuentra entre los 26 y los 35 años, seguido por los mayores de 35 años (27%).

3. Agudelo, et al. (2013) presenta en la *Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia* el panorama más completo y actualizado en el tema. Utilizó la metodología SENA basada en los entornos organizacional, ocupacional, educativo, tecnológico, económico, y ambiental, así como metodologías cuantitativas y cualitativas, como encuestas, entrevistas, revisión documental, y prospectiva.

Entre las conclusiones sobre el talento humano en salud, señala que el personal auxiliar y profesional predomina sobre el tecnólogo y tecnológico, se aleja de áreas rurales y de ciudades pequeñas, lo que se atribuye en parte a la forma de contratación, falta de estímulos a la calidad y gerencias más centradas en las tarifas; adicionalmente, el enfoque curativo y los vacíos en la implementación del modelo APS no contribuye al cambio de esquemas en la formación de pregrado y posgrado.

Agrega que el mercado laboral del sector salud está desestructurado y no cuenta con fuerte regulación como el sistema de salud. Esto se observa en el sistema de contratación, la falta de estandarización de profesiones y ocupaciones y la falta de estímulos para el desarrollo de sus carreras.

El sector educativo por su parte, no logra leer en forma apropiada las necesidades laborales y ocupacionales que provienen del mercado laboral y de servicios, ampliamente desestructurados, y de la población. Su respuesta ha sido poco innovadora. Ahora que se requiere la implementación del modelo APS con fuerte componente familiar y comunitario, no se cuenta con suficiente capital humano, recursos, ni experiencia.

En las Instituciones consultadas en la mencionada investigación, el psicólogo se encuentra contratado principalmente en procesos asistenciales, de apoyo diagnóstico, y pertenece mayoritariamente al sexo femenino. Las instituciones encuestadas que se refieren a este recurso humano señalan su amplia oferta en el mercado laboral.

.4. El estudio titulado *Condiciones sociodemográficas educativas, laborales y salariales del psicólogo colombiano* realizado por COLPSIC (2013a), constituye el estudio más reciente y completo sobre las mencionadas condiciones en este gremio. En una muestra de 4567 psicólogos, identificó entre otros aspectos lo siguiente:

Se estima que para el año 2010, una de cada 1000 personas tenía título en Psicología. En la muestra estudiada, cuatro de cada cinco psicólogos son de sexo femenino, el 59,9% se encuentra entre los 26 y los 35 años, y el 69.3% pertenece a los estratos 3 y 4.

El 40% de los encuestados cursaba o había cursado estudios de postgrado. Aun cuando la mayoría de los encuestados entre 20 y 35 años no había cursado algún programa de especialización, maestría o doctorado, la tendencia cambia en los profesionales con más de 36 años y pertenecientes a estratos 4, 5 y 6. Se observa que son los adultos de mediana edad quienes más realizan este tipo de estudios. El 53.8% tenía entre 1 y 4 años de experiencia profesional y el 10.4% no completaba el primer año de experiencia.

Más del 80% de los psicólogos de la muestra ejercen en el campo de la psicología organizacional (30,65), la clínica (20,5%), la educativa (15,9%) y la social (14,7%). No hay diferencias por sexo ni edad en este aspecto. Son más los psicólogos con posgrado quienes ejercen la psicología clínica y menos los psicólogos con posgrado quienes ejercen la psicología social.

El tipo de contrato predominante es de prestación de servicios (44,5%), término fijo (27,9%) término indefinido (27,9%), y los sectores económicos de mayor dedicación son la educación (36,9%) y la salud (27,3%).

Según el estudio, sus resultados sobre salarios para profesionales en psicología corresponden a los identificados por el Sistema de Información del Observatorio Laboral en Colombia, varían principalmente según el nivel de formación. Para el año 2010, un psicólogo con formación de pregrado ganaba en promedio \$1.628.485, lo que equivale a 3,16 salarios mínimos y en promedio con posgrados (especialización, maestría o doctorado) \$ 3.384.912 lo que equivale a 6,57 salarios mínimos. La diferencia se duplica de maestría a doctorado (de 5,59 a 9,63 salarios mínimos).

En el estudio se identificó que el 83% de los psicólogos que ganan menos de un salario mínimo en Colombia, no lo hacen en ejercicio de su profesión. Adicionalmente los psicólogos tienen un promedio salarial más bajo que el de los profesionales en general y que el de profesionales de las Ciencias Sociales y Humanas en todos los niveles de formación.

Los sectores de la economía en donde se dan mayores ingresos promedio son minería (\$3.121.722), electricidad agua y gas (\$1.965.523), y administración pública (\$1.704.856) para quienes tienen estudios de pregrado, y en minería (\$4.128.286), electricidad agua y gas (\$4.771.353) para quienes poseen estudios de posgrado.

Las mujeres y las personas de menor edad son los que ganan menores salarios. Los grupos etarios desde los 31 años son los que perciben salarios mayores a \$2.000.000 (3,9 salarios mínimos). El 43% de las personas con más de 46 años devengan salarios superiores

a \$3.000.000 (5,8 salarios mínimos). La edad y el sexo son dos variables subsumidas en la experiencia y nivel de formación, lo cual puede explicar el resultado.

Al especificar la posición o cargo del psicólogo con frecuencia se adiciona un calificativo como “clínico”, “organizacional”, etc., y como “Docente”; esta última con mayor frecuencia en hombres y profesionales mayores de 31 años. En menor cantidad hay psicólogos ejerciendo cargos de mando como “Jefe”, “Gerente” o “Director”.

La rotación, por movilidad laboral o por ascenso, es relativamente baja entre los encuestados. Aproximadamente el 85% de los encuestados no habían cambiado de trabajo o sólo lo habían hecho entre 1 y 4 veces al momento de responder la encuesta. En promedio, los encuestados cambiaron de trabajo 2,4 veces luego de haber obtenido su grado profesional. La probabilidad de rotación aumenta con el aumento del tiempo de experiencia profesional.

Metodología

Tipo de estudio

La investigación estudió un fenómeno en un solo momento en el tiempo con la descripción de variables como alcance máximo, sin que hubiera lugar a su manipulación. Se clasifica como un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó elementos de tipo cualitativo y cuantitativo en su desarrollo.

Población

La población estuvo conformada por conformada por 96 profesionales en psicología que ejercían en el área de salud pública y laboraban en el sector público en los 37 municipios del departamento del Huila. El tamaño de la población se obtuvo del cruce de tres bases de datos internas de la SSDH obtenidas en agosto de 2014.

Muestra

En la primera fase de la investigación se desarrollaron dos grupos focales que estuvieron conformados por seis participantes voluntarios cada uno, profesionales en psicología, vinculados al área de salud pública en el sector público, en 10 municipios del departamento del Huila. La edad de los participantes osciló entre 25 y 39 años, mayoritariamente de sexo femenino (75%), con experiencia laboral en el área de la salud entre tres meses y dos años y medio, y tiempo de egreso de un programa de psicología entre uno y siete años.

Se desempeñaban en el área de salud pública bajo la denominación de Coordinación del Plan de Intervenciones Colectivas, Psicólogo PIC, Psicólogo APS, Profesional de Apoyo en salud mental, Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública.

En la segunda fase, la muestra estuvo conformada por 35 psicólogos que respondieron el instrumento MRCESP, la mayoría en formato electrónico (80%) y en menor cantidad en formato lápiz y papel. La edad de los participantes osciló entre 23 y 55 años con $M=32,9$ y $DS=9,36$; la mitad de la muestra es menor de 30 años, como se presenta en la Figura 3. Estuvo conformada mayoritariamente por el género femenino (77%), y laboraban en 20 municipios del departamento del Huila. Se desempeñaban bajo las mismas denominaciones que los participantes de la Fase 1.

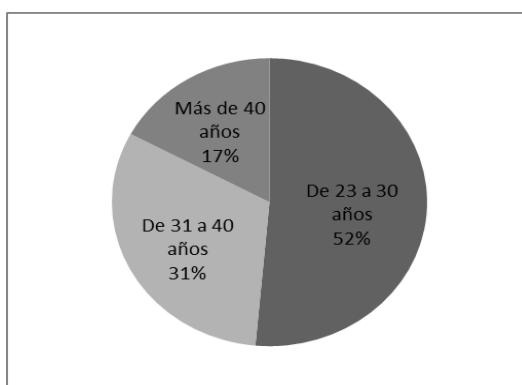


Figura 3. Distribución de la muestra por grupos de edad

Técnicas e Instrumentos

Se diseñó una guía para el desarrollo de dos grupos focales cuyos participantes fueron los profesionales en psicología que ejercen en el área de la salud pública en el sector público, con el fin de identificar exhaustivamente las actividades que realizaban en su ejercicio diario en los municipios del departamento del Huila (ver Anexo 1). Las preguntas orientadoras instaban a los participantes a identificar las actividades que realmente realizaban en su ejercicio diario, aun cuando estas no estuvieran incluidas en su contrato de trabajo, y a intentar una descripción en términos de la dedicación en tiempo, lugar y periodicidad de ejecución. A cada participante se le entregó el formato del consentimiento

informado (Anexo 2) y un formato de datos básicos algunos aspectos laborales que permitiera caracterizar los participantes (Anexo 3).

Con base en la propuesta del Marco Regional de Competencias en Salud Pública (MRCESP) se adaptó un cuestionario autoadministrado que incluye dos partes: la sección A, compuesta por 12 ítems que indaga sobre datos básicos y aspectos laborales, y la sección B que incluyó las CESP propuestas en el MRCESP. Estas competencias (56) se agrupan en seis dominios así: (a) Análisis de situación de la salud; (b) Vigilancia y control de riesgos y daños; (c) Promoción de la salud y participación social; (d) Política, planificación, regulación y control; (e) Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos; y (f) Salud global e internacional. El número de CESP por dominio se presenta en la Tabla 3, y la definición de cada dominio en el Anexo 4.

En una escala tipo Likert de 4 puntos, mediante estrategia de autoevaluación, cada psicólogo indicó en qué medida ejercía cada competencia en cada dominio. Se asignaron valores de 0 a 3 así: *nunca*=0, *algunas veces*=1, *casi siempre*=2, *siempre*=3. También se dispuso la opción *No lo sé*, sin asignarle algún valor.

De esta manera, la puntuación individual posible por CESP, al igual que su promedio, oscila entre 0 y 3, y para el total de las CESP entre 0 y 168. La puntuación mínima y máxima por Dominios se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3.

Puntaje individual posible por opción de respuesta, por Dominios y total del instrumento MRCESP

	DOMINIO 1	DOMINIO 2	DOMINIO 3	DOMINIO 4	DOMINIO 5	DOMINIO 6	Total
Número de competencias	9	14	10	7	8	8	56
Nunca	0	0	0	0	0	0	0
Algunas veces	9	14	10	7	8	8	56
Casi siempre	18	28	20	14	16	16	112

Siempre	27	42	30	21	24	24	168
----------------	----	----	----	----	----	----	-----

El cuestionario fue adaptado por el investigador y luego revisado por dos jueces expertos con formación de pregrado en psicología y los siguientes perfiles: Juez A, especialista en medición y evaluación en ciencias sociales, con experiencia de doce años en investigación sobre diseño, validación y adaptación de instrumentos, Juez B) Especialista en Gerencia de Recursos Humanos y Magister en Psicología con énfasis en Psicología de las Organizaciones y el Trabajo, experiencia de quince años en consultoría organizacional, diseño e implementación de procesos de Gestión del Talento Humano, y en el campo del diagnóstico y formulación de problemáticas en contextos organizacionales. La revisión fue solicitada a través de un formato que especificaba los criterios de evaluación de acuerdo con cada parte del instrumento (Anexo 5) al cual se adjuntó un resumen del proyecto de investigación (Continuación del Anexo 2).

En la sección A del instrumento MRCESP los jueces coincidieron en sugerir que para la pregunta 12 se establecieran rangos salariales como opción de respuesta a la pregunta sobre el salario actual, en lugar de permitir hacerlo de manera abierta indicando el monto. Para la pregunta 6 sobre el tiempo de experiencia profesional en el sector salud y la pregunta 11 sobre la duración del contrato actual, los jueces sugirieron especificar la unidad de medida en la cual se requería la respuesta (años/meses/días). Estas sugerencias fueron acogidas.

También se realizó una aplicación piloto del instrumento en formato lápiz y papel y en formato electrónico, a dos psicólogos con experiencia superior a un año en el área de salud pública. A partir de allí se calculó como tiempo aproximado de aplicación 30 minutos.

Uno de los jueces sugirió revisar los ítems 7, 8 y 9 (sección A) que se refieren al *cargo o función* que el psicólogo desempeña, su ubicación en el organigrama de la Institución, y el municipio en el cual lo(a) ejercen, con el fin de aclarar si *función y cargo* eran homologables para efectos de su presentación al encuestado. Esta observación no fue acogida, debido a que en salud pública en el departamento del Huila los contratos no son estandarizados; el objeto del contrato bien puede definir un cargo de manera explícita o mencionar un conjunto de funciones. Además, esto puede variar según el tipo de contrato. En la aplicación piloto se observó que estos ítems fueron respondidos apropiadamente y no hubo comentarios de los encuestados al respecto.

Sobre la sección B, uno de los jueces y uno de los participantes de la prueba piloto anotaron que el lenguaje de estos ítems era *muy técnico*, lo que podría afectar las respuestas a esta Sección, en especial de quienes tuvieran menor experiencia en el área.

A partir de la aplicación final la sección B del instrumento MRCESP; las 56 CESP agrupadas en los 6 dominios, se examinó su nivel de confiabilidad utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Para todos los dominios se hallaron niveles altos de confiabilidad por dimensiones y para el total del Instrumento. Los valores se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4
Confiabilidad del instrumento MRCESP por Dominios y total

Instrumento	Alfa de Cronbach	Número de Items
MRCESP		
Dominio 1	0,89	9
Dominio 2	0,94	14
Dominio 3	0,95	10
Dominio 4	0,92	7
Dominio 5	0,95	8
Dominio 6	0,92	8
Total	0,98	56

Procedimiento

Fase 1.

El proyecto fue socializado con la líder del área de salud pública y la referente de salud mental de la SSDH quienes expresaron apoyo a su desarrollo. Se obtuvo bases de datos de tres fuentes internas de la SSDH, las cuales fueron cruzadas para identificar los psicólogos que laboraban en salud pública en los 37 municipios del departamento del Huila.

Los potenciales participantes de los grupos focales fueron contactados teniendo en cuenta el cronograma de capacitaciones de la SSDH y se diseñó la respectiva guía, orientada a la identificación exhaustiva las actividades que los psicólogos realizaban en su ejercicio diario en salud pública, en los municipios del departamento del Huila.

Fase 2.

Se desarrollaron dos grupos focales con diferentes participantes voluntarios, en diferentes momentos y lugares, luego de firmar el consentimiento informado. Cada uno tuvo duración de una hora y treinta minutos (1'30"). Debido a que las actividades que los psicólogos realizaban en su ejercicio diario identificadas en el primer grupo focal fueron reiterativas en el segundo, se hizo mayor énfasis en este último en la descripción de las mismas en términos de la dedicación en tiempo, lugar y periodicidad de ejecución.

De forma paralela se construyó la sección A y se adaptó la sección B del instrumento MRCESP, el cual fue enviado a dos jueces expertos, uno en medición y evaluación y el otro en el área organizacional, quienes sugirieron ajustes que fueron incorporados en la versión final del instrumento, junto con los resultados de la prueba piloto.

Posteriormente se envió el instrumento MRCESP a través del correo electrónico de la Red de Salud Mental departamental, a través de la SSDH, a los psicólogos que laboraban en salud pública en el sector público en los municipios del departamento del Huila, para su respectiva autoadministración en línea. Se enviaron tres recordatorios así: a los ocho días, a los quince días, y a las tres semanas después del primer envío. El segundo de ellos fue reforzado con otro envío desde el correo electrónico de COLPSIC Capítulo Huila y Amazonía Para el procesamiento de la información se tomaron en cuenta las respuestas recibidas durante un mes.

La información obtenida a través del instrumento MRCESP fue procesada a través del Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0. Se utilizó la estadística descriptiva para analizar los aspectos demográficos y laborales de los participantes, y las puntuaciones resultantes de la evaluación de las CESP. También se obtuvieron algunas medidas de asociación entre variables de tipo laboral y las CESP. Se halló el coeficiente alfa de Cronbach como medida de confiabilidad del instrumento MRCESP.

Fase 3.

Por medio de categorización inductiva se organizó la información resultante de los grupos focales de acuerdo con los seis dominios identificados por el MRCESP, lo cual permitió examinar la correspondencia entre las actividades que el psicólogo realiza en el área de la salud pública y las CESP, contenidas en el instrumento MRCESP.

Adicionalmente se examinó la concordancia entre los resultados de la categorización inductiva y la información obtenida por autoevaluación de las CESP a través del instrumento MRCESP.

La información obtenida y procesada en las tres fases permitió caracterizar la actividad ocupacional del psicólogo, algunos aspectos laborales y su ejercicio de las CESP contenidas en el MRCESP.

Resultados

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se presentan en tres partes: la primera corresponde a la identificación de actividades laborales que realiza el psicólogo que ejerce en el área de la salud pública en el departamento del Huila, en la segunda se describen algunas características laborales de los participantes, y la tercera presenta las CESP que ejerce este grupo en el desarrollo de su actividad laboral, de acuerdo con el MRCESP propuesto por la OPS.

Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública

Mediante la técnica de grupo focal se identificaron 59 actividades laborales que realiza el psicólogo en su ejercicio en el área de salud pública en el departamento del Huila. Posteriormente, a través de un proceso de categorización inductiva, las actividades se agruparon en cinco dominios así: (a) Intervención, (b) Vigilancia y control, (c) Promoción de la salud, (d) Técnico y administrativo, (e) Interinstitucional/intersectorial, y f) otras actividades, los cuales se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.

Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila

Intervención	Vigilancia y control	Promoción de la salud	Técnico y administrativo	Interinstitucional /Intersectorial	Otras actividades
1. Realizar asesorías preprueba y postprueba en VIH a gestantes en el marco de la Estrategia IAMI.	22. Realizar seguimiento a casos de salud mental inscritos en Comisaria de Familia.	5. Realizar actividades educativas en salud mental y otros temas de prevención en salud en general (ej. nutrición, odontología, enfermedades crónicas, etc.).	2. Coordinar la prestación de los servicios amigables.	27. Participar en reuniones Interinstitucionales e intersectoriales.	4. Elaborar cuadros de turnos en urgencias.
3. Brindar atención psicológica a toda la población que lo requiera.	32. Notificar eventos de salud mental de interés en salud pública.	10. Capacitar a diferentes grupos de población en temas de promoción y prevención en salud.	6. Capacitar al personal de la Institución en temas varios de salud mental, IAMI, vigilancia salud pública, de acuerdo con la capacitación recibida.	39. Participar en reuniones de tipo administrativo y técnico (Ej.: CPS).	14. Diseñar actividades lúdicas con niños, jóvenes, padres de familia, adultos mayores para celebraciones institucionales y municipales.

Tabla 5. Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila (Continuación)

Intervención	Vigilancia y control	Promoción de la salud	Técnico y administrativo	Interinstitucional /Intersectorial	Otras actividades
9. Realizar valoraciones psicosocial a gestantes, pacientes con enfermedades crónicas, jóvenes y adolescentes.	33. Diligenciar la batería de seguimiento en salud mental.	13. Realizar visitas a diferentes Instituciones y Programas con el fin de promover medidas preventivas en salud.	7. Coordinar el área de salud mental en el municipio.	42. Visitar las autoridades y otros Programas municipales para coordinar la ejecución de actividades en salud.	15. Desarrollar actividades lúdicas con niños, jóvenes, padres de familia, adultos mayores para celebraciones institucionales y municipales.
17. Realizar intervenciones psicosociales en casos de consumo de SPA e ideación suicida.	34. Coordinar el seguimiento a eventos de salud mental.	16. Diseñar actividades de capacitación en temas de promoción y prevención en salud para diferentes grupos poblacionales.	8. Coordinar la estrategia IAMI del municipio.	55. Representar a la dependencia/Institución donde labora en diferentes espacios y actividades de articulación municipal.	38. Preparar la logística para el desarrollo de eventos de capacitación en salud.
21. Atender casos de salud mental inscritos en Comisaria de Familia.	48. Realizar seguimiento a todos los eventos de interés en salud pública en el municipio.	18. Capacitar en temas de prevención en salud en población escolarizada.	11. Liderar la evaluación de políticas públicas en el municipio.		56. Elaborar informes no relacionadas con el área en la cual se desempeñan (de otras dependencias, financieros, entre otros).

Tabla 5. Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila (Continuación)

Intervención	Vigilancia y control	Promoción de la salud	Técnico y administrativo	Interinstitucional /Intersectorial	Otras actividades
23. Brindar atención psicológica a casos que lo requieran en el Hospital.	49. Realizar investigaciones de campo para los eventos de interés en salud pública.	19. Desarrollar actividades educativas de la Escuela de padres.	12. Participar en el diseño de políticas públicas en el municipio.		
24. Realizar visitas domiciliarias con fines de intervención y seguimiento a eventos de salud mental en zona urbana y rural.	50. Liderar las unidades de análisis de eventos de salud pública.	25. Participar en Programa radial en emisora comunitaria con fines de educación en salud.	20. Planear diferentes actividades de diferente índole de acuerdo con la necesidad de la dependencia en la que laboran.		
26. Brindar intervención psicológica en situaciones de crisis a quienes lo requieran en el municipio.	52. Remitir casos de abuso sexual a Comisaria de Familia desde la Institución donde se conozca el caso.	36. Socializar las rutas de atención en eventos de salud mental.	28. Programar las actividades en el área de desempeño para todo el año.		
35. Aplicar la ruta de atención a eventos de salud mental.	54. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a eventos de salud pública verificando medidas de control.	43. Adaptar varias estrategias (talleres, dinámicas, sesiones de trabajo, juego de roles) para su uso en capacitación en salud a diferentes grupos poblacionales.	29. Priorizar actividades para desarrollar durante el año.		

Tabla 5. Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila (Continuación)

Intervención	Vigilancia y control	Promoción de la salud	Técnico y administrativo	Interinstitucional /Intersectorial	Otras actividades
40. Atender de manera individual solicitudes de asesoría psicológica de parte de padres de familia y estudiantes.	57. Notificar los eventos de interés en salud pública inmediata o semanalmente según el caso.	44. Diseñar sesiones de capacitación en salud haciendo uso de diferentes estrategias didácticas.	30. Diseñar el Plan Operativo Anual (POA) de salud municipal.		
51. Atender casos de abuso sexual, violencia intrafamiliar.		47. Ejecutar capacitaciones ya diseñadas en promoción y prevención de la salud.	31. Realizar ajustes en el POA de salud de acuerdo con retroalimentación de los entes de vigilancia y control.		
		59. Promover la creación de redes de apoyo como medida de prevención e intervención en eventos de salud mental.	37. Proyectar, imprimir, radicar oficios y demás comunicación relacionada con su actividad.		
			41. Elaborar informes técnicos del área en la que se desempeñan.		
			45. Decidir sobre la asignación de recursos a eventos a desarrollar en salud pública.		

Tabla 5. Actividades laborales del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila (Continuación)

Intervención	Vigilancia y control	Promoción de la salud	Técnico y administrativo	Interinstitucional /Intersectorial	Otras actividades
			46. Brindar asistencia técnica a Instituciones y Programas del municipio en temas de salud pública.		
			53. Hacer ajustes a las rutas de atención en casos de evento de salud mental.		
			58. Realizar el reporte escrito que acompaña la remisión de casos de abuso sexual y violencia intrafamiliar.		

A medida que se identificaban las actividades laborales, los participantes ampliaban información sobre ellas. A continuación se mencionan aspectos destacados por ellos como relevantes o que surgieron de manera reiterativa.

En el dominio (a) *Intervención*, fue ubicado el 19% de las actividades, las cuales se refieren en su mayoría a la atención psicológica individual a diferentes grupos poblacionales de acuerdo con la demanda de las Instituciones y la misma comunidad. Incluye la visita domiciliaria en zonas rurales y urbanas con el mismo propósito. Al respecto los participantes anotaron:

La atención psicológica de casos de abuso sexual, violencia intrafamiliar, y en general situaciones en crisis puede tomar más de media jornada laboral, incluyendo la elaboración de los respectivos reportes; es señalada como la actividad de mayor responsabilidad por sus implicaciones legales, y por no ser siempre programada pero de urgente atención suele retrasar el curso normal de otras actividades. Los psicólogos que laboran en los municipios reconocen que no siempre cuentan con suficiente entrenamiento para su atención pero son el único recurso disponible para hacerlo.

La atención de consulta psicológica, aunque no se encuentre especificada en sus contratos laborales, es una actividad solicitada reiteradamente por la comunidad y por otros profesionales de la salud quienes les refieren los casos que a su criterio lo requieren. Los participantes afirman que acceden a realizarla por consideración al hecho de que para acceder a este servicio, los usuarios tendrían que desplazarse hasta otro municipio donde su EPS asigne el servicio, ya que en su mayoría no está contratado en el primer nivel de atención, aun cuando está habilitado. Por el costo que estos desplazamientos implican,

terminarían sin el respectivo acceso. Para realizar esta atención no se cuenta con el espacio físico apropiado en términos de privacidad y adecuación.

La intervención en crisis es una actividad que se realiza casi a diario, excepto por los psicólogos que se desempeñan como coordinadores de vigilancia en salud pública. Por ser imprevista, retrasa el desarrollo de otras actividades y puede tomar mucho tiempo. Es remitida por el personal de salud quienes usualmente esperan que el psicólogo realice el abordaje total de la salud mental de la comunidad.

El dominio (b) *Vigilancia y control*, agrupa las actividades de registro y seguimiento a eventos de salud mental (17%), y demás eventos de salud pública que se presenten en el ente territorial en conjunto con otras Instituciones. Los participantes reiteran la importancia de realizar estas actividades en la zona rural donde observan problemáticas complejas que, además de oportuna intervención, requieren estricto seguimiento; pero se ven limitados por la dificultad de acceso, la distancia, y la escasez de recursos para hacerlo. Adicionalmente, algunos contratantes les argumentan que el profesional debe asumir los costos de este desplazamiento por tener un contrato de prestación de servicios.

El 20% de las actividades laborales se agrupó bajo el dominio (c) *Promoción de la salud*. Las actividades de educación para salud fueron identificadas como de gran dedicación en tiempo para el psicólogo que ejerce en salud pública. Su contenido no sólo se refiere a temas de salud mental sino en general a prevención en salud en todas las áreas de la salud pública y a todos los grupos poblacionales. Estas actividades son desarrolladas por todos los psicólogos sin importar el cargo o funciones para los que han sido contratados.

En ocasiones el contenido de la actividad educativa se encuentra diseñado y puede ser desarrollado con mínimos ajustes, pero en otros casos se debe diseñar completamente,

lo que les implica mayor tiempo y esfuerzo en la búsqueda de la información, así como la adaptación del contenido y de las estrategias para diferentes grupos poblacionales.

A partir de las acciones educativas con la comunidad con frecuencia surgen inquietudes y consultas para el psicólogo que se convierten en una o más sesiones de asesoría, ampliando la demanda de esta actividad pero sin mayor disponibilidad de tiempo para realizarla.

En el dominio (d) *Técnico y administrativo* se incluye el 29% de las actividades laborales, que no son exclusivas del psicólogo, pero requieren formación profesional para su desarrollo. Las actividades de coordinación de Programas, de participación en diseño, ajuste a planes, de diseño y evaluación de políticas, componen la mayoría del dominio. Al interior de las Instituciones son encargados de replicar capacitaciones sobre su respectiva área, e incluso otras sobre diferentes temas como parte de actividades de bienestar para el personal.

Los psicólogos que realizan mayor cantidad de actividades de este dominio afirman que las actividades de tipo administrativo y de toma de decisiones sobre presupuesto se realizan de acuerdo a la voluntad y decisión por parte del jefe inmediato para delegarlas.

La elaboración de informes técnicos es percibida como dispendiosa. Dependiendo del área a la que corresponde puede tomar desde uno hasta tres días de trabajo, debido a que es necesario recolectar información de varias fuentes intra e interinsitucionales que no siempre está fácilmente disponible o hay fallas en su calidad.

El dominio (e) *Interinstitucional/intersectorial* evidencia las relaciones necesarias para la concertación de actividades y socialización de información del área respectiva, cualquiera que sea el área de desempeño del psicólogo en salud pública. Aunque éstas

conforman el menor porcentaje del total de actividades identificadas (7%), tienen gran relevancia en la medida en que a través de ellas el psicólogo adquiere nuevos compromisos que se transforman en más actividades cuyo desarrollo no estaba previsto.

En el dominio (f) *Otras actividades*, se ubicaron aquellas que no requieren siempre formación profesional para ser ejecutadas y hacen parte del apoyo que en ocasiones solicitan las Instituciones a todo el personal para desarrollar eventos masivos o cubrir el déficit temporal de personal en otra área. Estas conforman el 8% de las actividades categorizadas en los dominios.

Aspectos laborales del psicólogo en el área de salud pública

Los profesionales en psicología que respondieron el cuestionario MRCEP son mayoritariamente de sexo femenino (77%), y la mitad tiene 30 o menos años. El tiempo de egreso del programa de pregrado varía entre 1 y 25 años; sin embargo, el 71,4% tiene entre 1 a 5 años de egreso, siendo lo más frecuente 2 años (ver Tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de las variables Edad, Tiempo de egreso de pregrado, Experiencia en salud y Duración del contrato

	Edad	Tiempo de egreso pregrado (años)	Experiencia en salud (meses)	Duración del contrato (meses)
Media	32,94	5,11	29,77	5,37
Mediana	30	3	24	4
Moda	24	2	12	4
Desv. Típ.	9,36	5,33	30,27	3,46
Mínimo	23	1	2	1
Máximo	55	25	124	12
Percentiles	25 25,00	2,00	8,25	3,00
	50 30,00	3,00	21,50	4,00
	75 36,00	8,00	36,00	6,00

La Universidad Surcolombiana (USCO), universidad pública de la región y la Universidad Abierta y a Distancia (UNAD) agrupan la mayor cantidad de egresados de esta muestra (43% y 26% respectivamente). Quienes cursan o han finalizado estudios de postgrado (31,5%), lo hacen principalmente a nivel de especialización y casi en todos los casos está relacionada con el área de la salud como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7
Distribución de la muestra por estudios de postgrado

	Nivel de estudios de postgrado			Total
	Especialización	Maestría	Sin postgrado	
Relacionado con salud	6	1	-	7
No relacionado con salud	2	2	-	4
Total	8	3	24	35

El tiempo de experiencia en el sector salud varía entre 2 meses y 10 años, siendo lo más frecuente un año; los estadísticos descriptivos para esta variable fueron calculados en meses y expresados de la misma forma en la Tabla 6. El tipo de contrato predominante es la prestación de servicios (91,4 %) con duración mínima de un mes y máxima de un año.

El salario para el 57% de la muestra oscila entre \$2.000.000 y \$2.499.000, rango en el que se encuentra un máximo de 3.88 Salarios Mínimos Legales Mensuales Legales Vigentes (SMLMV) en Colombia. Para el año 2015, el SMLMV se estableció en \$644.350 (ver Figura 4). Ninguno reporta salarios por debajo de \$1.000.000 ni por encima de \$3.000.000, rangos que también fueron establecidos como opciones de respuesta.

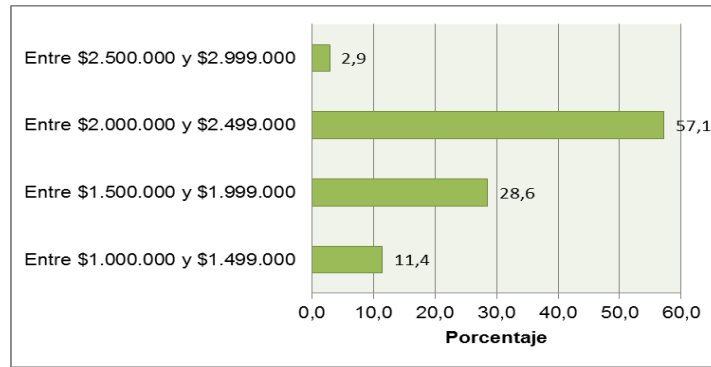


Figura 4. Distribución de la muestra por rango salarial

Las funciones para las cuales fueron contratados los participantes pueden ser de apoyo (57%) o de coordinación (43%) en denominaciones como *Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C)*, *Atención Primaria en Salud (A.P.S.) Salud pública (incluye vigilancia)*, *Salud mental* que se refiere al desarrollo de programas específicos del área, y la denominación *Otro* en este caso corresponde a un participante que fue contratado bajo una denominación diferente a las anteriores pero al mismo tiempo debía desarrollar funciones en salud mental. El P.I.C. es la denominación bajo la cual fue contratada la mitad de la muestra, como se observa en la Figura 5

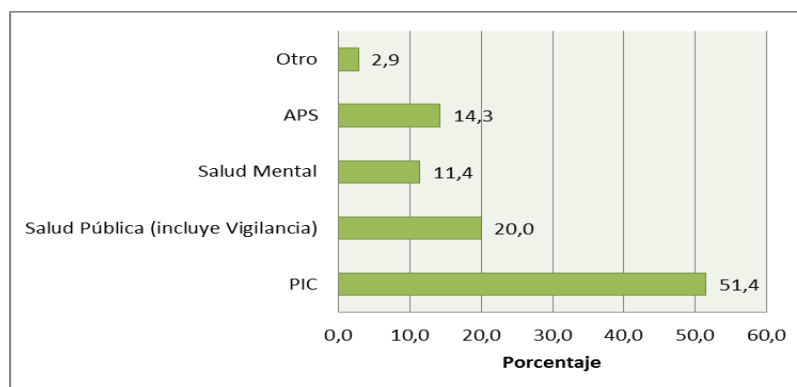


Figura 5 Distribución de la muestra por área o denominación de contratación

Se identificó que no existe relación entre el tiempo de experiencia laboral que los participantes tienen en el sector salud y el salario que reciben (r_s de Spearman=0,39

sig=0,823), ni asociación entre el nivel administrativo (apoyo/coordinación) y el salario recibido ($J^2=3,15$; sig=0,369).

Competencias esenciales en salud pública (CESP) en psicólogos que ejercen en el área de salud pública

El estudio del ejercicio de las CESP se realizó de dos formas; la primera, a partir de la categorización deductiva de las 59 actividades laborales identificadas por medio de los grupos focales, tomando como criterio las CESP propuestas en el MRCESP, y la segunda, por autoevaluación de los psicólogos que respondieron con qué frecuencia ejercían las mencionadas CESP al realizar su trabajo.

En el primer caso, el dominio 3 *Promoción de la salud y participación social* agrupa la mayoría de las actividades laborales (39%) del psicólogo en salud pública, seguido por los dominios 2 y 5 *Vigilancia y control de riesgos y daños*, y *Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos* con el 17% de las actividades cada uno. El dominio 4 *Políticas, planificación, regulación y control* aunque en menor medida (15%), también incluye una cantidad importante de actividades laborales del psicólogo, no así el dominio 1 *Análisis de situación de salud* (3%). No se identificaron actividades que correspondieran al dominio 6 *Salud internacional y salud global*. Las actividades, codificadas en el orden en que fueron emergiendo en el análisis, se pueden observar en los respectivos Dominios en la Tabla 8.

Algunas actividades no fueron clasificadas en algún dominio debido a su falta de correspondencia con su definición; éstas fueron:

4. Elaborar cuadros de turnos en urgencias

14. Diseñar actividades lúdicas con niños, jóvenes, padres de familia, adultos mayores para celebraciones institucionales y municipales
15. Desarrollar actividades lúdicas con niños, jóvenes, padres de familia, adultos mayores para celebraciones institucionales y municipales
38. Preparar la logística para el desarrollo de eventos de capacitación en salud
56. Elaborar informes no relacionadas con el área en la cual se desempeñan (de otras dependencias, financieros, entre otros).

Tabla 8.

Categorización de actividades laborales del psicólogo de acuerdo con las Competencias esenciales en salud pública (CESP) propuestas por el MRCESP

Dominio 1: Análisis de situación de salud.	Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños.	Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Dominio 6: Salud internacional y salud global.
<p>Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud</p>	<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.</p>	<p>La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.</p>	<p>Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.</p>	<p>Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.</p>	<p>Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.</p>

Tabla 8 (Continuación)

Dominio 1: Análisis de situación de salud.	Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños.	Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Dominio 6: Salud internacional y salud global.
41. Elaborar informes técnicos del área en la que se desempeñan.	22. Realizar seguimiento a casos de salud mental inscritos en Comisaria de Familia.	1. Realizar asesorías preprueba y postprueba en VIH a gestantes en el marco de la Estrategia IAMI.	11. Liderar la evaluación de políticas públicas en el municipio.	2. Coordinar la prestación de los servicios amigables.	
58. Realizar el reporte escrito que acompaña la remisión de casos de abuso sexual y violencia intrafamiliar.	24. Realizar visitas domiciliarias con fines de intervención y seguimiento a eventos de salud mental en zona urbana y rural.	3. Brindar atención psicológica a toda la población que lo requiera.	12. Participar en el diseño de políticas públicas en el municipio.	6. Capacitar al personal de la Institución en temas varios de salud mental, IAMI, vigilancia salud pública, de acuerdo con la capacitación recibida.	
	32. Notificar eventos de salud mental de interés en salud pública.	5. Realizar actividades educativas en salud mental y otros temas de prevención en salud en general (ej. nutrición, odontología, enfermedades crónicas, etc.).	20. Planear diferentes actividades de diferente índole de acuerdo con la necesidad de la dependencia en la que laboran.	7. Coordinar el área de salud mental en el municipio.	

Tabla 8. (Continuación)

Dominio 1: Análisis de situación de salud.	Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños.	Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Dominio 6: Salud internacional y salud global.
49. Realizar investigaciones de campo para los eventos de interés en salud pública.	50. Liderar las unidades de análisis de eventos de salud pública.	16. Diseñar actividades de capacitación en temas de promoción y prevención en salud para diferentes grupos poblacionales.	46. Brindar asistencia técnica a Instituciones y Programas del municipio en temas de salud pública.	29. Priorizar actividades para desarrollar durante el año.	30. Diseñar el Plan Operativo Anual (POA) de salud municipal.
54. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a eventos de salud pública verificando medidas de control.	57. Notificar los eventos de interés en salud pública inmediata o semanalmente según el caso.	17. Realizar intervenciones psicosociales en casos de consumo de SPA e ideación suicida.	53. Hacer ajustes a las rutas de atención en casos de evento de salud mental.	31. Realizar ajustes en el POA de salud de acuerdo con retroalimentación de los entes de vigilancia y control.	39. Participar en reuniones de tipo administrativo y técnico (Ej.: CPS).
		18. Capacitar en temas de prevención en salud en población escolarizada.	55. Representar a la dependencia/Institución donde labora en diferentes espacios y actividades de articulación municipal.		
		19. Desarrollar actividades educativas de la Escuela de padres.	21. Atender casos de salud mental inscritos en Comisaria de Familia.		

Tabla 8 (Continuación)

Dominio 1: Análisis de situación de salud.	Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños.	Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Dominio 6: Salud internacional y salud global.
		<p>25. Participar en Programa radial en emisora comunitaria con fines de educación en salud.</p> <p>26. Brindar intervención psicológica en situaciones de crisis a quienes lo requieran en el municipio.</p> <p>35. Aplicar la ruta de atención a eventos de salud mental.</p> <p>36. Socializar las rutas de atención en eventos de salud mental.</p> <p>40. Atender de manera individual solicitudes de asesoría psicológica de parte de padres de familia y estudiantes.</p> <p>43. Adaptar varias estrategias (talleres, dinámicas, sesiones de trabajo, juego de roles) para su uso en capacitación en salud a diferentes grupos poblacionales.</p>			

Tabla 8 (Continuación)

Dominio 1: Análisis de situación de salud.	Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños.	Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Dominio 6: Salud internacional y salud global.
		44. Diseñar sesiones de capacitación en salud haciendo uso de diferentes estrategias didácticas.			
		47. Ejecutar capacitaciones ya diseñadas en promoción y prevención de la salud.			
		51. Atender casos de abuso sexual, violencia intrafamiliar.			
		52. Remitir casos de abuso sexual a Comisaria de Familia desde la Institución donde se conozca el caso.			
		59. Promover la creación de redes de apoyo como medida de prevención e intervención en eventos de salud mental.			

La segunda forma de estudio de las CESP, por autoevaluación de los participantes, arrojó los siguientes resultados:

Los participantes reportan el ejercicio más frecuente de las CESP correspondientes a los dominios 1 *Análisis de situación de salud*, 2 *Vigilancia y control de riesgos y daños*, y 3 *Promoción de la salud y participación social*, en el desarrollo de su trabajo en salud pública; sin embargo en el Dominio 2 se presenta la mayor dispersión en la frecuencia de su ejercicio.

Las CESP de los Dominios 5 (*Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos*) y 4 (*Políticas, planificación, regulación y control*), son ejercidas en menor medida. En el Dominio 6 se presenta la puntuación más baja de todos los dominios, con tendencia a la simetría como se observa en la Tabla 9 y en la Figura 6.

Tabla 9

Estadísticas descriptivas para las puntuaciones por Dominios y Total del instrumento MRCESP

	DOMINIO 1	DOMINIO 2	DOMINIO 3	DOMINIO 4	DOMINIO 5	DOMINIO 6	TOTAL
Media	19,14	22,66	19,06	12,91	15,97	10,57	100,31
Mediana	20	19	19	14	16	10	98
Moda	21	14	19	19	9	10	87
Desv. Típ.	5,756	11,106	7,616	5,843	6,2	6,895	35,378
Mínimo	7	5	7	3	4	0	44
Máximo	27	42	30	21	24	24	160
Percentiles							
25	16	14	12	7	9	4	70
50	20	19	19	14	16	10	98
75	23	32	27	19	22	16	131

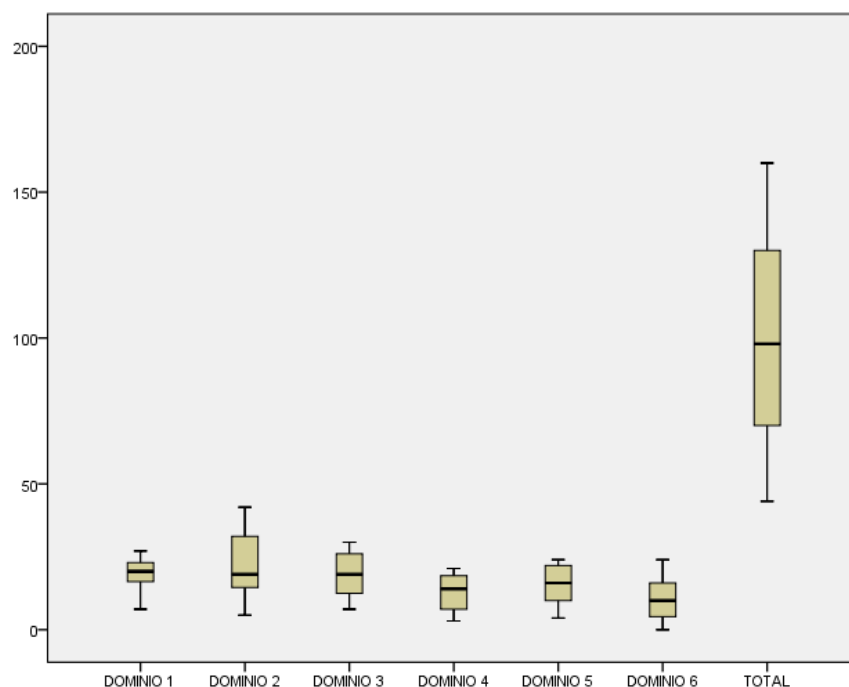


Figura 6. Competencias esenciales en salud pública (CESP) por dominios y total

El análisis de las opciones de respuesta y puntuación promedio por cada CESP, que en las siguientes Tablas se presenta como CE, y por Dominio, arrojó lo siguiente:

En el Dominio 1, la puntuación promedio de las CESP se encuentra por encima de 2, excepto en la CE 1.2 *Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios* (M=1,94). Este es el Dominio con puntuación promedio más alta por CESP y menor variabilidad (ver Tablas 10 y 16).

Tabla 10

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 1 del instrumento MRCESP

DOMINIO 1	CE 1.1	CE 1.2	CE 1.3	CE 1.4	CE 1.5	CE 1.6	CE 1.7	CE 1.8	CE 1.9	TOTAL
Nunca		2	2	1	2	1		1	1	10
Algunas veces	7	7	4	6	5	7	9	7	4	56
Casi siempre	15	17	15	14	13	14	9	16	14	127
Siempre	13	9	14	14	14	13	17	10	16	120

No lo se					1			1		2					
Promedio Competencia	2,17	1,94	2,17	2,17	2,15	2,11	2,23	2,03	2,29	2,14					
Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00					
Moda	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2					
Desviación típica	,747	,838	,857	,822	,892	,832	,843	,797	,789	0,10					

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

En el Dominio 2 se observa la mayor variabilidad de las puntuaciones promedio de las CESP con respecto al resto de Dominios (ver Tabla 16). Estas varían entre 0,94 y 2,44; la más baja corresponde a la CE 2.12 *Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud*, y la más alta a la CE 2.4 *Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud*, respectivamente. En general, son las CESP relacionadas con la vigilancia y el control de emergencias y desastres las de menor puntuación promedio (Tabla 11).

Tabla 11

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 2 del instrumento MRCESP

DOMINIO 2	CE 2.1	CE 2.2	CE 2.3	CE 2.4	CE 2.5	CE 2.6	CE 2.7	CE 2.8	CE 2.9	CE 2.10	CE 2.11	CE 2.12	CE 2.13	CE 2.14	TOTAL
Nunca	2	4	1		5	2	2	6	4	11	13	18	11	10	89
Algunas veces	11	8	6	5	3	9	7	12	12	9	6	6	6	10	110
Casi siempre	6	11	14	9	16	11	9	11	9	5	7	4	7	5	124
Siempre	14	10	12	20	10	13	17	4	8	7	9	6	9	6	145
No lo se	2	2	2	1	1			2	2	3		1	2	4	22
Promedio Competencia	1,97	1,82	2,12	2,44	1,91	2,0	2,17	1,39	1,64	1,25	1,34	,94	1,42	1,23	1,69
Mediana	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	2,0
Moda	3	2	2	3	2	3	3	1	1	0	0	0	0	0	3
Desviación típica	1,01	1,01	,82	,74	,99	,93	,95	,93	,99	1,16	1,23	1,17	1,22	1,11	0,44

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

En el Dominio 3, las puntuaciones promedio tienden a estar entre *Casi siempre* y *Siempre* en las CESP relacionadas con la aplicación de estrategias para la promoción de la salud y la participación social (ver Tabla 12); y por debajo del promedio de competencias del Dominio (M=1,95) para las que se relacionan con su diseño y evaluación (CE 3.3, CE 3.4, CE3.8, CE 3.9, y CE 3.10). Presentan promedios bajos las CESP que se refieren a la administración de recursos, planeación de estrategias, e incidencia sobre las mismas.

Tabla 12

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 3 del instrumento MRCESP

DOMINIO 3	CE 3.1	CE 3.2	CE 3.3	CE 3.4	CE 3.5	CE 3.6	CE 3.7	CE 3.8	CE 3.9	CE 3.10	TOTAL
Nunca			3	3	3	1		3	4	6	23
Algunas veces	8	5	9	10	9	8	5	10	10	10	84
Casi siempre	16	17	12	12	9	15	15	8	10	8	122
Siempre	10	13	9	9	13	11	15	13	11	9	113
No lo se	1		2	1	1			1		2	8
Promedio competencia	2,06	2,23	1,82	1,79	1,94	2,03	2,29	1,91	1,80	1,61	1,95
Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Moda	2	2	2	2	3	2	2	3	3	1	2
Desviación típica	,736	,690	,950	,946	1,013	,822	,710	1,026	1,023	1,088	0,21

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

Las puntuaciones promedio de las CESP del Dominio 4 presentan baja variabilidad. Se destacan la CE 4.2 *Proteger en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población*, y la CE 4.4 *Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados*, relacionadas con la defensa del derecho a la salud y la valoración de necesidades de la población con fines de intervención, pero no las relacionadas con la

administración y gestión de políticas, recursos, y planes para el mejoramiento de la salud (CE 4.3, CE 4.5, y CE 4.6) (Tabla 13).

Tabla 13

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 4 del instrumento MRCESP

DOMINIO 4	CE 4.1	CE 4.2	CE 4.3	CE 4.4	CE 4.5	CE 4.6	CE 4.7	TOTAL
Nunca	5	4	6	2	3	3	5	28
Algunas veces	7	7	9	7	13	13	9	65
Casi siempre	9	5	10	12	10	11	9	66
Siempre	14	19	9	14	9	8	12	85
No lo se			1					1
Promedio competencia	1,91	2,11	1,65	2,09	1,71	1,69	1,80	1,85
Mediana	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Moda	3	3	2	3	1	1	3	3
Desviación típica	1,095	1,105	1,070	,919	,957	,932	1,079	0,19

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

La mayor proporción de respuestas en el Dominio 5 se encuentra entre las opciones *Casi siempre* y *Siempre*. Presentan puntuaciones promedio por encima del promedio del Dominio las siguientes CESP: CE5.3 *Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud*, CE 5.7 *Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud*, y CE 5.8 *Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud*. (Ver Tabla 14). En este Dominio se presenta la segunda puntuación promedio más alta con respecto al resto de Dominios (ver Tabla 16).

Tabla 14

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 5 del instrumento MRCESP

DOMINIO 5	CE 5.1	CE 5.2	CE 5.3	CE 5.4	CE 5.5	CE 5.6	CE 5.7	CE 5.8	TOTAL
Nunca	1	1	1	3	4	3	1	1	15
Algunas veces	10	13	10	9	9	11	5	8	75
Casi siempre	13	9	11	12	11	10	6	8	80
Siempre	11	12	12	10	11	11	23	18	108
No lo se			1	1					2
Promedio competencia	1,97	1,91	2,00	1,85	1,83	1,83	2,46	2,23	2,01
Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00
Moda	2	1	3	2	2	1	3	3	3
Desviación típica	,857	,919	,888	,958	1,014	,985	,852	,910	0,22

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

En el Dominio 6 se presenta la mayor cantidad de respuestas a las opciones *Nunca* y *No lo sé*, y la puntuación promedio más baja de todos los Dominios, como se observa en las Tablas 15 y 16. La CE 6.8 *Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población*, tiene la puntuación promedio más baja de todas las CESP de todos los Dominios.

Tabla 15

Estadísticas descriptivas por opciones de respuesta para el Dominio 6 del instrumento MRCESP

DOMINIO 6	CE 6.1	CE 6.2	CE 6.3	CE 6.4	CE 6.5	CE 6.6	CE 6.7	CE 6.8	TOTAL
Nunca	8	7	7	7	10	6	5	16	66
Algunas veces	6	9	12	12	11	7	8	4	69
Casi siempre	12	9	8	7	6	9	7	4	62
Siempre	7	7	6	5	4	11	14	5	59
No lo se	2	3	2	4	4	2	1	6	24
Promedio competencia	1,55	1,50	1,39	1,32	1,13	1,76	1,88	,93	
Mediana	2,00	1,50	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	0,00	1,25
Moda	2	1	1	1	1	3	3	0	1
Desviación típica	1,09	1,078	1,029	1,013	1,024	1,119	1,122	1,193	0,31

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

Tabla 16

Promedio de elección de opciones de respuesta y puntuación promedio por Dominios y total, del instrumento MRCESP

Opciones de respuesta	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Promedio de elección total
Nunca	1,4	6,8	3,3	4	1,9	8,3	4,3
Algunas veces	6,2	7,9	8,4	9,3	9,4	8,6	8,3
Casi siempre	14	8,9	12,2	9,4	10	7,8	10,4
Siempre	13	10,4	11,3	12,1	13,5	7,4	11,3
No lo sé	1	2	1,3	1	1	3,0	1,6
Promedio por Dominio	2,14	1,69	1,95	1,9	2,0	1,43	1,8
Desviación típica	0,10	0,44	0,21	0,19	0,22	0,31	0,25

Nota: Los valores para las opciones *Algunas veces*, *Casi siempre* y *Siempre* son 1, 2, y 3 respectivamente. Las opciones *Nunca* y *No lo sé* no tienen valor asignado.

Al contrastar la categorización de las actividades laborales que realiza el psicólogo tomando como criterio las CESP propuestas por el MRCESP con la autoevaluación de estas CESP por parte de quienes respondieron el instrumento, se observa coincidencia en el alto porcentaje de actividades concentradas en los Dominios 2 *Vigilancia y control de riesgos y daños* y 3 *Promoción de la salud y participación social*, y el alto puntaje en la autoevaluación, y bajo en ambos casos para el Dominio 6 *Salud internacional y salud global*. Este último Dominio parece ser poco conocido por los participantes, o a nivel local no es claro que pueden realizarse acciones que contribuyen a la salud internacional y global.

En el caso del Dominio 1 *Análisis de situación de salud*, surgieron pocas actividades identificadas en las sesiones de grupo focal, sin embargo en la autoevaluación con el instrumento MRCESP se obtuvo uno de los mayores puntajes.

Los Dominios 4 *Políticas, planificación, regulación y control* y 5 *Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos* tuvieron similar comportamiento en ambas formas de análisis.

No se encontró relación entre el *Tiempo de experiencia en salud* (en meses) y el *Ejercicio de las CESP* (puntuación total) (r de Pearson=0,213 sig=0,219), ni diferencias significativas en el *Ejercicio de las CESP* de acuerdo con el *Nivel administrativo* (apoyo/coordinación) ($t = -1,97$ sig=0,065), y con el hecho de tener o no *Posgrado* ($t = -0,42$ sig=0,69).

Discusión

En el primer nivel de atención en salud en el contexto estudiado, el psicólogo ejecuta un gran número de actividades laborales en su mayoría relacionadas con su formación, y en condiciones laborales variables, como parte de la operativización de planes y programas en salud pública.

El análisis de la correspondencia entre estas actividades laborales y las CESP, muestra mayor proporción de éstas en el dominio *Promoción de la salud y participación social* con respecto los otros dominios del instrumento MRCEP. Esto puede ser una respuesta a la necesidad sentida en el primer nivel de atención en salud, con su contexto socioeconómico del nivel municipal, de la acción del psicólogo en procesos de educación y participación en y para la salud, y a la expectativa de las comunidades y de otros profesionales de la salud por las actividades de *Intervención* psicológica en su forma tradicional.

Aunque el país ha adoptado un modelo de atención integral e integrado para la salud mental, que incluye equipos básicos e interdisciplinarios en continua capacitación y formación para su abordaje por medio de la Ley 1616 del 21 de enero de 2013, tanto la comunidad como otros profesionales de la salud delegan en el psicólogo la responsabilidad casi exclusiva de las acciones y los resultados en salud mental de la población.

Se observa un intento por cubrir servicios psicológicos correspondientes al segundo nivel de atención con el profesional en psicología que se desempeña en el área de salud pública, cualquiera que sea la función para la que haya sido contratado a nivel municipal, y una disposición de su parte para responder a estas necesidades lo que concuerda con el

principio de *Solidaridad* en el ejercicio de la profesión. De acuerdo con la *Deontología y bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia*, los psicólogos procurarían proveer servicios psicológicos adecuados sin contraprestación económica a poblaciones en riesgo, desigualdad o marginalidad que generen acceso inequitativo a los beneficios de la profesión (COLPSIC, 2013b).

Al comparar el ejercicio de las CESP por dominios, se identifica la preponderancia de los dominios 2 *Vigilancia y control de riesgos y daños*, 1 *Análisis de situación de salud*, y 3 *Promoción de la salud y participación social*, en contraste con los dominios 5 *Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos*, y 4 *Políticas, planificación, regulación y control*, lo que ha podido ser afectado por los componentes de su proceso de formativo.

El menor ejercicio de CESP en el Dominio 4 coincide con la necesidad de incidir más en la toma de decisiones, participando activamente en el diseño e implementación de políticas públicas identificada por Flórez (2006), Londoño et al. (2006), y Arrivillaga-Quintero, (2009). Este mismo resultado se observa en las CESP de los otros Dominios que se refieren a la administración de recursos, diseño, y evaluación de estrategias y políticas, lo que en este caso podría ser entendido en la medida en que la mayoría de los participantes del estudio laboran a nivel local, donde la actividad laboral de la función pública se enfoca en la ejecución de lineamientos nacionales y departamentales, en el caso de estos profesionales, desarrollando funciones de apoyo y coordinación.

También podría suceder que el exceso actividades laborales realizadas por el psicólogo a nivel municipal, en respuesta a la operativización de Programas diseñados en niveles de gobierno superiores, limite la posibilidad de innovar en el terreno de la salud

pública con propuestas novedosas, aun cuando cuenta con un asidero conceptual fuerte en la psicología de la salud.

Algunas características demográficas y aspectos laborales del psicólogo en la presente investigación son similares a lo identificado por COLPSIC (2013a) a nivel nacional. Su composición es mayoritariamente femenina, la mitad tiene menos de 30 años, no cursa ni ha finalizado estudios de postgrado y quienes lo hacen tienen alrededor de 30 años. El tiempo de egreso de la mayoría está entre 1 y 4 años. El tipo de contrato predominante es de prestación de servicios y recibe como remuneración entre 3 y 4 SMLMV.

La contratación de este recurso humano se caracteriza por ser de corta duración; pueden llegar a tener hasta 3 o 4 contratos a lo largo del año con el mismo objeto. La denominación utilizada para la contratación de estos profesionales sugiere actividades de Apoyo o de Coordinación en Planes y Programas de salud pública. Durante el año, quienes se desempeñan en el área de Vigilancia en salud pública son contratados primero que quienes se desempeñan en el resto de las áreas; esto ocurre en respuesta a la exigencia del Decreto 3518 de 2006 en su artículo 39 sobre la responsabilidad de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y Unidades Notificadoras (UN) de notificar e investigar de manera oportuna los eventos de interés en salud pública.

La inestabilidad laboral, y por tanto la falta de continuidad para llevar a cabo procesos en salud pública, la escasa correspondencia entre la experiencia y el salario, y entre la experiencia y el tipo de actividades laborales que desempeña, la dispersión en el tiempo de experiencia en salud, y la demanda imprevista de actividades adicionales a las ya programadas o no relacionadas con su formación profesional que no permite llevar

procesos planificados con mayor efectividad, son todas situaciones que limitan el avance en el desempeño de la FESP 8 *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*, evaluada como una de las de menor desempeño en las Américas (OPS, 2002).

Los resultados de la autoevaluación del ejercicio de las CESP por parte del psicólogo, su actividad laboral y sus características laborales evidencian escasos avances en el cumplimiento de las Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 (OPS/OMS, 2007) en sus números 3, 7 y 15, y aportan información para la reflexión y orientación de algunas acciones que contribuyan a su logro.

Aunque en el caso del psicólogo parece haber suficiente oferta de este recurso humano, a juzgar por la cantidad de programas de psicología a nivel de pregrado activos en la región, es evidente la falta de entrenamiento en salud pública previo a su contratación. De las actividades laborales que realiza este profesional, sólo en la vigilancia epidemiológica se ha avanzado a nivel nacional en el proceso de certificación de competencias laborales en los términos propuestos por Mertens (1996). Como analiza Suárez, et. al (2013), más que la escasez de recursos humanos, en la región de las Américas se carece de personal con formación en competencias.

Se generan entonces interrogantes sobre la preparación actual de este recurso para actuar en el marco de la atención primaria en salud, teniendo en cuenta que el país está reorganizando los servicios de salud en este marco a partir de la Ley 1438 de 2011. La participación del psicólogo en el área de salud pública en la región requiere un llamado a la responsabilidad de las instancias formadoras, capacitadoras, la agremiación, los empleadores y del mismo psicólogo cuando acepta un contrato laboral en esta área.

La incursión del psicólogo en actividades ocupacionales que superan la exclusividad de la salud mental puede relacionarse con el aumento acelerado de egresados de programas de psicología. En el departamento del Huila la Coordinación del área de salud pública, incluyendo la vigilancia epidemiológica a nivel municipal, la Coordinación del Plan de Intervenciones Colectivas, y la Coordinación de la estrategia APS, son espacios laborales ocupados cada vez más por psicólogos, además del tradicional rol como *Psicólogo de apoyo al PIC*. Sin embargo, los empleadores solicitan actividades laborales adicionales a las principales para las que fueron contratados, que no guardan siempre relación directa con las denominaciones o la función principal y varían según el proceso en el cual se ubique este profesional en la institución contratante.

Aunque hay en los programas de psicología una tendencia a mantener los campos de práctica profesional tradicionales (Puche, 2003; Rodríguez, 2013) entre los cuales se encuentra psicología clínica y de la salud, parece que la conquista progresiva de estos espacios se ha dado hasta ahora de manera independiente a la formación del psicólogo durante el pregrado, nivel del que tampoco se tiene claro que sea suficiente para garantizar un adecuado ejercicio de la disciplina en el contexto particular de la salud pública.

En términos de competencias en el ejercicio profesional, Roe (2003) insiste en la necesidad de especificarlas para cada campo de aplicación de la disciplina, considerando el contexto ocupacional, el tipo de cliente y el tipo de problema.

Aunque en la región la participación del psicólogo en la salud pública en los entes territoriales se viene realizando de manera regular desde 1996, sólo hasta el año 2014, COLPSIC propone un perfil y competencias del psicólogo para el contexto de la salud en

Colombia, que considera la actual dinámica y la proyección de la salud pública en las Américas.

En relación con los procesos de capacitación, el ente departamental los facilita de manera permanente a quienes son contratados a nivel municipal durante el curso de sus actividades laborales en salud pública y no previo a su contratación, quedando inconclusa la lógica de educación para toda la vida, pre-servicio y en servicio (Life-Long Learning) propuesta por la OPS (2010).

No se observa planificación ni vigilancia sobre el perfil del recurso humano a contratar en salud pública a nivel municipal, lo cual en el presente estudio se evidencia al menos en la dispersión de los datos en tiempo de experiencia en salud y nivel de estudios de los participantes. Tampoco hay actualmente programas activos de posgrado en Psicología de la salud o en Salud pública en la región.

Así, en la mayoría de los casos el psicólogo procede inicialmente con las herramientas que haya podido adquirir en su formación, sin sospechar los alcances y limitaciones de su actuación en representación de un gremio, cuando la Ley 1090 de 2006 establece en su artículo 2º. como principio universal del ejercicio de esta profesión la *Competencia profesional*, según la cual el psicólogo debe conocer los límites de su competencia y sólo prestará sus servicios y utilizará técnicas para las cuales está cualificado.

Si bien, en una mirada retrospectiva no se visualiza que hubiera un proyecto de preparación formativo ni gremial para propiciar el ingreso del psicólogo a la variedad de espacios laborales que hoy ocupa en salud pública en la región, no se debe desconocer que en su actual perfil hay algunas herramientas que le han permitido ajustarse a la variedad de

actividades laborales en esta área, más allá de la salud mental. También es meritorio el avance de este recurso humano al ejercer en los niveles municipales cuando un reto apremiante planteado por la OPS/OMS (2007) es desconcentrar el recurso humano en salud de las zonas urbanas y facilitar el acceso de la población a los servicios de salud en zonas remotas.

Conclusiones

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.

Las CESP *Promoción de la salud y participación social, Vigilancia en salud pública, y Análisis de la situación de salud* son autoevaluadas por los psicólogos como las ejercidas en mayor medida, a diferencia de *Políticas, planificación, regulación y control*, lo cual puede sugerir falencias en su formación profesional en este aspecto y/o la no pertinencia de este tipo de CESP en el primer nivel de atención en salud o en el nivel municipal donde las acciones son principalmente de ejecución de lineamientos. Las CESP del dominio *Salud internacional y salud global*, bien pueden ser de bajo ejercicio, o un dominio desconocido o vagamente incorporado en el quehacer del psicólogo que labora en salud pública.

Las características laborales del psicólogo en salud pública del departamento del Huila son similares a las encontradas por COLPSIC (2013a) en el psicólogo a nivel nacional en cuanto a sexo, edad, tiempo de egreso, tipo de contrato, y salario. La duración promedio de los contratos es muy corta (3 a 4 meses), lo que afecta la continuidad de los procesos en esta área. La falta de asociación entre la experiencia laboral y el salario, y entre la experiencia laboral y el tipo de actividades laborales que desempeña, la dispersión en el tiempo de experiencia en salud, evidencian la indefinición de perfiles de ingreso al área de la salud pública. La fluidez con la que se desarrolla la actividad ocupacional del psicólogo en salud pública y varía de acuerdo con factores particulares de cada ente territorial.

Con el respaldo normativo en salud pública en el país, continúa abriéndose un amplio panorama para la actuación del psicólogo, que parece adaptarse fácilmente a su dinámica; sin embargo, la falta de perfiles laborales u ocupacionales definidos para ejercer en el área, la escasa vigilancia de la existencia y calidad de los procesos de formación y capacitación previos, de selección y de la vinculación de este recurso humano en el contexto municipal, son barreras para enfrentar los desafíos propuestos en las Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 y, en el país en particular para contribuir al desarrollo de la Ley 1164 de 2007, en procura de la calidad de la formación y desempeño del Talento Humano en Salud para la prestación de servicios de iguales características a la población.

Aunque en la formación del Psicólogo a nivel nacional se incluyen contenidos y área de práctica en Psicología de la Salud, no se identifica en este profesional la tendencia a incidir en políticas en salud pública o a innovar en esta área. Adicionalmente, la amplitud y complejidad de situaciones por abordar parece desbordar la formación recibida en el nivel

de pregrado, y la oferta de formación de postgrado relacionada con salud pública, no se encuentra disponible en la región.

Recomendaciones

El presente estudio utilizó una muestra no probabilística; en consecuencia, los resultados no pueden ser generalizables a la población, constituyen una exploración de la actividad ocupacional del psicólogo que labora en salud pública en el departamento del Huila. La estimación de la población fue limitada por la falta de unificación en las bases de datos disponibles en la SSDH, debido a la continua rotación del personal que labora en salud pública en los municipios de este departamento y a la falta de actualización de sus datos en la SSDH.

Fue necesario extender el plazo para el diligenciamiento del cuestionario MRCESP en versión electrónica y de lápiz y papel. Aun cuando se contó con el apoyo COLPSIC Capítulo Huila y Amazonía y la SSDH para el envío del cuestionario y los recordatorios a la población, se tardó más tiempo de lo esperado obtener las respuestas. Su aplicación se realizó en un momento coyuntural para la contratación y cierre de procesos administrativos (entre diciembre y enero), lo que pudo influir en los resultados, así como el escaso conocimiento de la terminología técnica para quienes tenían poca experiencia laboral en el área de salud pública.

Teniendo en cuenta la reciente publicación de la propuesta MRCESP, se sugiere realizar futuros estudios una vez ésta haya sido más difundida en todos los niveles administrativos de la salud (nacional, departamental y municipal), no sólo con profesionales en psicología, también con otros profesionales de la salud. Al tratarse de una propuesta que no fue construida bajo la lógica de las profesiones, puede entenderse que cualquier profesional que labore en el área de la salud pública, debería hacer ejercicio de las

CESP incluidas. Con este instrumento se podría establecer un panorama comparativo de su ejercicio, que ayude a identificar necesidades de formación continua y a nivel profesional.

Adicionalmente, futuros estudios podrían implementar la estrategia de evaluación de las CESP por parte del contratante o Jefe inmediato, además de la autoevaluación, con el fin de contrastar estas dos perspectivas sobre su ejercicio.

La actual actividad ocupacional del psicólogo en salud pública en el departamento del Huila reclama un ejercicio de corresponsabilidad entre gremio, formadores y empleadores para fortalecer al psicólogo como recurso humano efectivo en salud, en consecuencia con la Metas regionales de recurso humanos en salud 2007-2015 y la Ley 1164 de 2007 en Colombia.

Es preciso que el gremio practique mayor vigilancia y seguimiento al ejercicio de las actividades laborales de este profesional con el propósito de establecer y orientar los límites de sus actividades, principalmente de *Intervención* de acuerdo con el rol que desempeña en el contexto municipal. Con esta acción se evita incurrir en faltas a la ética al abordar eventos que requieren un nivel de entrenamiento o de especialización superior al del pregrado, y la sobrecarga laboral para este profesional.

De forma paralela y en una acción conjunta, los actores del sistema de salud deben gestionar la prestación del servicio de psicología que las EAPB deben garantizar a sus afiliados con mejor accesibilidad en el contexto municipal, teniendo en cuenta los índices que el departamento presenta en salud mental.

Aunque recientemente se ha avanzado en la construcción de un perfil y competencias para el psicólogo en el contexto de la salud, también es necesario reforzar y/o ajustar los procesos formativos en pregrado, incluyendo mayores elementos que promuevan

en el psicólogo el liderazgo y su participación en la formulación de políticas, programas y proyectos. Esta es una CESP con bajo desempeño en este profesional, y su desarrollo es pertinente para lograr incidencia en salud pública al igual que otros profesionales de la salud. Un próximo trabajo de investigación debería analizar los planes de estudio de los programas de psicología de la región para precisar su contenido y desarrollo en este sentido, con el fin de precisar líneas o énfasis que fortalezcan esta formación.

También es necesario ampliar la oferta a nivel de postgrado en salud pública en la región facilitando el acceso a los profesionales del departamento del Huila, para aumentar las posibilidades de disponer de un recurso humano más cualificado.

Los empleadores deben reforzar la gestión de este recurso humano. Esto podría constituir una línea de investigación en la región. La ausencia de procesos de certificación de competencias laborales, y por tanto de perfiles para la mayoría de la actividad ocupacional del psicólogo en salud pública, con alguna excepción en vigilancia epidemiológica, reclama acciones inmediatas de vigilancia y control que permitan mejorar procesos de convocatoria, selección, contratación, capacitación previa a la contratación, y políticas de bienestar a nivel municipal.

Así como la capacitación al recurso humano contratado es permanente, se sugiere disponer de este proceso para el personal que aspira ingresar al área de salud pública, utilizando los medios disponibles en la región, y en articulación con las Instituciones de Educación Superior, de manera que el psicólogo, así como otros profesionales de la salud, obtengan mayores herramientas antes de asumir el reto de enfrentar la complejidad de situaciones en salud pública.

Si bien es cierto que el psicólogo actúa en diferentes espacios en salud pública, más allá de la salud mental, también es preciso que este gremio continúe la reflexión crítica sobre la relación entre actividades, condiciones laborales, y formación en los programas de psicología de la región, que genere acciones para una actuación efectiva de este profesional.

A nivel particular, el psicólogo que asume el compromiso de ejercer en salud pública, debe reconocer los límites de su actuación y asumir con compromiso ético las implicaciones que de allí deriven, teniendo en cuenta que representa a un gremio, cuya disciplina se encuentra consolidada en el país y continúa en crecimiento.

Referencias

- Agudelo, C.A., García, J.C., Robledo, R., Caicedo, C.H., Ortega, A.M., Valenzuela, A. y Mayorga, A.P. (2013). *Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. Informe final*. Bogotá: SENA-Universidad Nacional de Colombia.
- Arrivillaga-Quintero, M. (2009). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8(1), 137-147.
- Arroyave, M.C., Giraldo, M.E. y González, M. (2007). Modelo para la identificación de competencias laborales y definición de criterios de desempeño en salud pública de los profesionales de enfermería y medicina en el departamento de Caldas, 2005-2006. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 179 - 192
- Barrera, C.E. (2002). *Hacia un sistema colombiano de identificación, normalización, formación y certificación de competencias laborales*. Medellín: Asociación Colombiana de Entidades de Educación No Formal (ASENOF)
- Beneitone, P., Esquetini, C., González, J., Maletá, M.M., Siufi, G. y Wagenaar, R. (2007). *Reflexiones y Perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final-Proyecto Tuning- América Latina 2004-2007*. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de:
- http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=com_docman&Itemid=191&task=view_category&catid=22&order=dmdate_published&ascdesc=DESC
- Calvo, A.P. (2010). Débito y crédito contable...algo más que un saldo sociología de la profesión contable en Colombia. (Tesis de Maestría), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3883/1/428182.2011.pdf>
- Cariola, M.L. y Quiroz, A.M. (1997). Competencias generales, competencias laborales y currículum. En: M. Novick, Marta y M.A. Gallart (coords.). Segunda parte. Las

competencias y la gestión de recursos humanos: una perspectiva transversal. *Competitividad, redes productivas y competencias laborales*. (pp.51-77) Montevideo: OIT/CINTERFOR-RET.

Centro de Investigación y Documentación sobre problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones Profesionales (CIDEA) (1999). *Competencias profesionales. Enfoques y modelos a debate*. Donostia: Autor (Colección: Cuadernos de Trabajo. Formación, empleo, cualificaciones. No.27).

CINTERFOR/OIT y ChileValora, (2012). *Guía de Apoyo para la Elaboración del Análisis Funcional. Documento de trabajo*. Santiago de Chile: Autor.

Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2013a). *Condiciones sociodemográficas, educativas, laborales y salariales del psicólogo colombiano*. Recuperado de <http://www.colpsic.org.co/documentos/estudio.htm>

Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2013b). *Deontología y bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia* (3ª ed.). Bogotá, D.C: Manual Moderno

Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2013c). *Perfiles por competencias del profesional en Psicología del Deporte, Jurídica, Neurociencias y Psicobiología, Organizacional y Psicología Social: Ambiental, Comunitaria y Política*. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/imagenes/Perfiles_por_competencia_del_profesional_en_psicologia.pdf

Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) (2014). *Perfil del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud*. Bogotá, D.C. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Psicologia_Octubre2014.pdf

Decreto 3518 de Octubre 9 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.417. Bogotá. Recuperado de http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.nivel_3

Ducci, A. (1997). El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. Memorias En Seminario Internacional sobre Formación Basada en Competencia Laboral: Situación Actual y Perspectivas (1996). (pp.15-26), Guanajuato, México. Oficina Internacional del Trabajo (CINTERFOR/OIT)

EuroPsy - The European Certificate in Psychology (2008). Recuperado de http://www.inpa-europsy.it/nuovi.docum.2008/EuroPsy_english.pdf

Florez, L. (2006). La Psicología de la Salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-694.

Flórez, L. (2007). Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención. Colombia: Manual Moderno

Grau, J.A. y Hernández, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En: E. Hernández y J.Grau, (Comps.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. (pp.33-84) Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.

Hawes, G., y Corvalán, O. (2005): Construcción de un perfil profesional. Chile:Talca, Universidad de Talca, Proyecto Mecesup Tal0101.

Irigoin M., y Vargas F. (2002). Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: CINTERFOR-OPS

Ley 1090 del 06 de Septiembre de 2006. Por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.383. Bogotá. Recuperado de <http://200.75.47.45/tempDownloads/46D3831407542783472.pdf>

- Ley 1616 del 21 de Enero de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones". Diario Oficial No. 48.680. Bogotá. Recuperado de <http://200.75.47.45/tempDownloads/48D6801407542706905.pdf>
- Ley 1438 de Enero 19 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957. Bogotá. Recuperado de <http://200.75.47.45/tempDownloads/47D9571407543154293.pdf>
- Ley 1164 de Octubre 3 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial No. 46.771. Bogotá. Recuperado de <http://200.75.47.45/tempDownloads/46D7711407543305076.pdf>
- Londoño, C., Valencia, S.C. y Vinaccia, E. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16(1), 199-205.
- Mertens, L. (1996). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Oficina Internacional del Trabajo (CINTERFOR/OIT)
- Ministerio de Educación Nacional (2008). Articulación de la educación con el mundo productivo. Competencias Laborales Generales. Aportes para la construcción de currículos pertinentes. Serie Guías No. 21. Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-106706_archivo_pdf.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Documento de trabajo. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

- Montoya, D.P. (2012). Caracterización de los programas de formación en psicología en Colombia. ASCOFAPSI. Recuperado de http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2012/Caracterizacion_Prog_Psicologia.pdf
- Observatorio Laboral y Ocupacional Colombiano, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) (2012). *Ocupaciones Colombianas. Clasificación Nacional de Ocupaciones*. Colombia: Autor Recuperado de <http://observatorio.sena.edu.co/Doc/cno/cno.html>
- Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), (2000). *Análisis ocupacional y funcional del trabajo. Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional (IBERFORP)*. Madrid: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2000). *Funciones esenciales de salud pública*. 42º Consejo directivo, 52ª Sesión del comité regional. CD42/15 (Esp.) 20 julio.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2007). *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*. 27ª Conferencia sanitaria panamericana, 59ª Sesión del comité regional. CSP27/10 (Esp.).19 de julio
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2010). *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. 50º Consejo directivo, 62ª Sesión del comité regional. CD50/11 (esp.) 19 de julio
- Ortiz, L.C., Restrepo, D.A. y Cortés, A.M. (2013) *Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud*. Ministerio de Salud y protección social. Recuperado de

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf

Peña, T. E. (1993). La Psicología en Colombia: Historia de una disciplina y una profesión. En: Colciencias. *Historia social de la ciencia en Colombia*. Tomo IX. Bogotá: Tercer Mundo.

Puche, R. (2003). *Elementos relevantes para pensar un 'estado del arte de la psicología académica' en Colombia*. Recuperado de http://www.ascofapsi.org.co/observatorio/documentos/Elem_relevantes_Arte_psico_Academica.pdf.

Resolución 1536 del 03 de Mayo de 2010. Por medio de la cual se establece la organización y funcionamiento del Observatorio del Talento Humano en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.701. Bogotá. Recuperado de <http://200.75.47.45/tempDownloads/47D7011407558883303.pdf>

Rodríguez, D.E., Corral, R., Cruz, R.A., Echevarria, E.I., Gaborit, M., González, M.A. y Siufi, G. (2013). *Proyecto Tuning América Latina. Educación Superior en América Latina: Reflexiones y perspectivas en Psicología*. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de www.tuningal.org/.../109-educacion-superior-en-america-latina-reflexiones_y_perspectivas_en_psicología

Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 24 (86), pp. 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808601>

Sebastiani, R. W., Pelicioni, M. C. y Chiattonne, E. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 153-172.

Secretaría de Salud Departamental del Huila(SSDH)(2014). Apuntes. Encuentro Departamental de Experiencias Significativas en Salud Mental, mayo 28 y 29.

- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) (2012). *Certificación evaluación y normalización de competencias laborales*. Colombia: Autor. Recuperado de <http://mgiportal.sena.edu.co/Portal/Servicios/Certificaci%C3%B3n+evaluaci%C3%B3n+y+normalizaci%C3%B3n+de+competencias+laborales/>
- Suárez, J., Godue, C., García, J.F., Magaña, L., Rabionet, S., Concha, J. y Castellanos, J. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 34(1), 47-53
- Vargas, F. (2009). *Competencias clave y aprendizaje permanente: tres miradas a su desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo: CINTERFOR/OIT.

Anexo 1 Guía de sesión de grupo focal

Fecha: Según cronograma de capacitación de la SSDH

Duración: 90 minutos

Lugar: Según lugar de capacitación de la SSDH

Materiales

1. 12 Escarapelas
2. Tablero, marcadores de diferente color, borrador
3. Grabadora, de audio, videgrabadora recargable, extensión de energía
4. 12 sillas dispuestas en forma de U rodeando al moderador
5. Hojas de papel, lápices, papelógrafo, papel bond/periódico

Distribución de roles

Asistente: Estudiante de último semestre de psicología

Moderador: Investigador

Instrumentos

1. Formato de datos básicos para descripción de los participantes
2. Listado de participantes
3. Temario

Plan de la sesión

1. Bienvenida a los participantes
2. Presentación del moderador.
3. Presentación del proyecto y pertinencia del uso del grupo focal:
4. Firma del consentimiento informado
5. Diligenciamiento de formato de datos básicos
6. Entrega de escarapela
7. Desarrollo del temario
8. Conclusiones
9. Entrega de refrigerio

Estimación de tiempo y actividades para la sesión de grupo focal

ACTIVIDAD	DURACIÓN(min.)
Presentación	5
Firma de consentimiento informado Diligenciamiento de formato de datos básicos	15
Pregunta 1	40
Pregunta 2	20
Cierre	10
Total	90

“Buenos días, agradezco a Uds. por aceptar participar en la presente sesión de grupo.

La sesión de grupo que se desarrollará tiene como propósito profundizar en el conocimiento sobre el quehacer del psicólogo en la salud pública de nuestro departamento. Uds. se encuentran vinculados a diferentes Instituciones para desempeñar labores relacionadas con la salud pública, lo cual los hace personas clave para profundizar en este conocimiento. La participación de cada uno de Uds. es muy importante para lograr este propósito.

La sesión incluye dos temas sobre los cuales se espera que Uds. se expresen sin pensar en lo que los contratos y la normatividad espera de Uds., sino en su propia experiencia. Al final de esta sesión se presentarán unas conclusiones para verificar si corresponde con lo que Uds. vivencian en el ejercicio diario de su actividad laboral.

Los invitamos a expresar libremente sus ideas. La información sólo será usada con fines de investigación científica y no los compromete a Uds. ni a sus Instituciones. La sesión será grabada con el fin de tener mejor forma de captar y analizar la información, para lo cual se solicita su consentimiento”.

Desarrollo:

Plan de temas:

1. Uds. han sido contratados para realizar ciertas funciones en el área de la salud pública. Independientemente del contrato que hayan firmado, identifiquen las actividades que Uds. realizan a diario en su trabajo. Por favor, no piensen en lo que el contrato dice que deben hacer, piensen en todas las actividades que realmente hacen.
2. Teniendo en cuenta las actividades mencionadas por Uds., intenten identificar aquellas que les implica mayor dedicación en tiempo, el lugar en el cual las realiza y su periodicidad.

Cierre de la sesión: Luego de socializar con los participantes las conclusiones de sus intervenciones se procederá a cerrar la sesión, agradeciendo la participación.

Anexo 2
Consentimiento informado para aplicación en grupo focal



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CULTURA DE LA SALUD
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIONES

Título: “Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila”.

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Yalena Mosquera Bahamón, estudiante de Maestría de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de las siguientes procedimientos:

- 1.
- 2.

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 permitan aportar al fortalecimiento del talento humano en salud y en particular del profesional en psicología.
- 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. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

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: C.C. No. _____ de _____

Ciudad y fecha: _____

HUELLA

Huella Índice derecho:

CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DEL PSICOLOGO EN EL AREA DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública en el departamento del Huila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las actividades que realiza el profesional en psicología en el área de la salud pública en el departamento del Huila.
2. Describir las características laborales del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública en el departamento del Huila
3. Identificar la correspondencia entre la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de salud pública en el Departamento del Huila y las competencias esenciales en salud pública.

JUSTIFICACIÓN.

La OPS/OMS (2007) ha identificado la Función Esencial en Salud Pública (FESP 8) “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” como una de las menos desarrolladas en las Américas. Para hacer frente a esta situación, ha establecido Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 para este territorio. Afirma que la transformación de los sistemas de salud hacia la APS exige nuevos perfiles y competencias de los recursos OPS/OMS (2010)

El psicólogo hace parte del talento humano en salud y no hay suficiente documentación sobre su actuación en equipos de salud pública en el marco de la APS en las regiones y su situación laboral. En Colombia la Ley 1164 de 2007 establece disposiciones sobre los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y

ética del Talento Humano del área de la salud, en correspondencia con los lineamientos de la OPS/OMS

Es necesario producir conocimiento que permita fortalecer la gestión del recurso humano en la región. En el departamento del Huila se observa la participación creciente del psicólogo en la salud pública pero no se dispone de conocimiento preciso ni sistematizado sobre la misma. Con la presente investigación se pretende aportar al desarrollo de la Ley del Talento Humano vigente en el país desde uno de sus departamentos.

BENEFICIOS ESPERADOS

Con el presente proyecto se obtendrá un panorama sobre la actuación del psicólogo en la salud pública en términos de actividades y de competencias esenciales. También se obtendrá conocimiento sobre algunos aspectos de la situación laborales de este gremio. Ambos frentes aportan a la reflexión del quehacer de esta disciplina en la salud pública y a vislumbrar elementos que pueden ser útiles en el proceso de formación de futuros profesionales.

A los empleadores y gestores del recurso humano, dará insumos para priorizar áreas sobre las cuales enfocar esfuerzos para fortalecer y aproximarse a un mejor desempeño de las funciones esenciales en salud pública, gestionar y articular con Instituciones de educación acciones que respondan a las necesidades reales de formación del talento humano.

Serán beneficiarios de los resultados del proyecto la Secretaría de Salud Departamental del Huila, la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI), el -Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) y los Programas de Psicología del Departamento del Huila

Anexo 3.
Formato de datos básicos

**CARACTERIZACIÓN OCUPACIONAL DEL PSICOLOGO EN EL AREA
DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA**

¡Cordial saludo! La información solicitada a continuación no lo compromete a Ud. ni a la Institución para la cual labora y será utilizada únicamente con fines investigativos

1. Género: () M () F () Otro ()
2. Fecha de nacimiento: D () M () A ()
3. ¿En qué año recibió el título de Psicólogo? _____
4. ¿En qué Universidad estudió el Pregrado (Psicología)? _____
5. ¿Qué Programa(s) de postgrado cursa o ya finalizó?
() Especialización () Maestría () Doctorado () Ninguno

- Escriba el nombre del Programa de Postgrado que cursa o finalizó

6. ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña como profesional en el sector de la salud?
() Años () Meses
7. ¿Cuál es la denominación del cargo, ocupación o función principal para la cual fue contratado(a)? De ser posible transcribala de su contrato.

8. ¿En qué dependencia se ubica su cargo o funciones actuales?

9. ¿En qué municipio ejerce su cargo o funciones actuales?

10. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente?
() Prestación de servicios
() Término definido
() Término indefinido
() Otro. ¿Cuál? _____
11. ¿Qué duración tiene su contrato actual?
() Año(s) () Mes(es) () Día(s)
12. ¿Cuál es el salario mensual asignado en su contrato actual?
() Entre \$616.000 y \$999.000
() Entre \$1.000.000 y \$1.499.000
() Entre \$1.500.000 y \$1.999.000
() Entre \$2.000.000 y \$2.499.000
() Entre \$2.500.000 y \$2.999.000
() Más de \$3.000.000
13. NOMBRE Y APELLIDOS: _____

¡Agradecemos su valiosa participación!

Anexo 4.
Instrumento Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública
(MRCESP)

Este cuestionario está dividido en dos secciones: la Sección A indaga sobre datos básicos de formación y aspectos laborales, y la sección B le permitirá identificar qué tanto Usted (Ud.) ejerce las competencias esenciales en salud pública, cuando desarrolla las actividades de su trabajo.

La información consignada no lo compromete a Ud. ni a la Institución para la cual labora y será utilizada únicamente con fines investigativos.

El diligenciamiento del presente documento aportará conocimiento importante sobre el tema en la región, por lo que le agradeceríamos que complete todo el cuestionario de forma sincera.

SECCION A. DATOS BÁSICOS

14. Género: () M () F () Otro
15. Fecha de nacimiento: D () M () A ()
16. ¿En qué año recibió el título de Psicólogo? _____
17. ¿En qué Universidad estudió el Pregrado (Psicología)? _____
18. ¿Qué Programa(s) de postgrado cursa o ya finalizó?
() Especialización () Maestría () Doctorado () Ninguno

Escriba el nombre del Programa de Postgrado que cursa o finalizó

19. ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña como profesional en el sector de la salud?
() Años () Meses
20. ¿Cuál es la denominación del cargo, ocupación o función principal para la cual fue contratado(a)? De ser posible transcribala de su contrato.

21. ¿En qué dependencia se ubica su cargo o funciones actuales?

22. ¿En qué municipio ejerce su cargo o funciones actuales?

23. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente?
() Prestación de servicios
() Término definido
() Término indefinido
() Otro. Cuál? _____
24. ¿Qué duración tiene su contrato actual?
() Año(s) () Mes(es) () Día(s)
12. ¿Cuál es el salario mensual asignado en su contrato actual?
() Entre \$616.000 y \$999.000
() Entre \$1.000.000 y \$1.499.000
() Entre \$1.500.000 y \$1.999.000
() Entre \$2.000.000 y \$2.499.000
() Entre \$2.500.000 y \$2.999.000
() Más de \$3.000.000

SECCION B. A continuación encontrará seis grupos de competencias separadas por el respectivo encabezado. Lea detenidamente su definición general y luego, teniendo en cuenta las actividades que Ud. realiza en el trabajo indique qué tanto ejerce cada competencia. Marque con X en la casilla correspondiente

CODIGO	COMPETENCIAS					
	DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud					
1.1	Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.2	Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.3	Establecer prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.4	Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales que se genere a través de la investigación.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.5	Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.6	Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.7	Transferir conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión capacitante, capacitación en servicio y educación permanente de la fuerza de trabajo y de los actores claves.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.8	Identificar mecanismos de articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores claves y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y las estadísticas de salud desde el nivel local hasta el nivel global.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.9	Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS. Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.					
2.1	Analizar las amenazas riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.2	Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.3	Realizar el seguimiento de los riesgos, las amenazas, en el	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.					
2.4	Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.5	Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.6	Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.7	Comunicar la información relevante de la vigilancia, a los diversos actores del sistema y la población, para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.8	Realizar investigación biomédica, socio-demográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos y amenazas y daños en salud así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.9	Evaluar los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.11	Diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.12	Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.13	Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.14	Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.					
3.1	Valorar el enfoque y el alcance de la Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.2	Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas basadas en los determinantes sociales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.3	Analizar las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.4	Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.5	Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.					
3.6	Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.7	Desarrollar estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.8	Evaluar la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.9	Promover la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.10	Participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL. Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.					
4.1	Aplicar los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.2	Proteger en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.3	Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.4	Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.5	Liderar grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.6	Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.7	Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS					

	SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS. Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.					
5.1	Respaldar los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones de salud para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.2	Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de la provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.3	Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.4	Promover garantías de calidad en los servicios de salud acordes con estándares de seguridad en la gestión y prácticas asistenciales, para reducir las brechas e inequidades existentes en la atención de salud a la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.5	Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención, para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a los problemas de salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.6	Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.7	Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.8	Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL. Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.					
6.1	Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.2	Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.3	Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.4	Analizar de forma crítica la naturaleza cambiante, los factores clave y los recursos que configuran la salud global para influir en las reformas en materia de salud, bienestar y seguridad	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	social en Las Américas.					
6.5	Contrastar diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejen la naturaleza diversa de los contextos político, organizacional y económico, para utilizar estas experiencias en mejorar el acceso, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.6	Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.7	Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.8	Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

¡Agradecemos su valiosa participación!

Anexo 5

Criterios para la evaluación por jueces del instrumento MRCESP

Señor Juez Experto

Por favor, tenga en cuenta los siguientes criterios para realizar la evaluación del instrumento:

INSTRUCCIÓN INICIAL

- a) **Redacción de la instrucción:** Evalúa que la forma en que están escritas las instrucciones sea lógica, coherente, clara y comprensible
- b) **Suficiencia de la instrucción:** Evalúa el grado en que a partir de la información proporcionada se puede diligenciar el instrumento sin ambigüedad; es decir que toda la información necesaria es proporcionada en las instrucciones.

SECCION A

- a) **Tipo de ítem:** Evalúa si el pie del ítem y las opciones de respuesta corresponden entre sí y son apropiados para la información que se pretende obtener.
- b) **Redacción del ítem:** Evalúa que la forma en que está escrito el ítem sea lógica, coherente, clara y comprensible
- c) **Pertinencia del ítem:** Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta el uso del ítem para obtener la información de interés.

Observaciones y sugerencias: Espacio para escribir cualquier observación para los ítems y para la sección.

SECCION B

Para esta sección valore la instrucción y la pertinencia de la escala de autoevaluación para el conjunto de los 56 ítems. **NO** evalúe cada ítem.

- c) **Redacción de la instrucción:** Evalúa que la forma en que están escritas las instrucciones sea lógica, coherente, clara y comprensible
- d) **Suficiencia de la instrucción:** Evalúa el grado en que a partir de la información proporcionada se puede diligenciar el instrumento sin ambigüedad; es decir que toda la información necesaria es proporcionada en las instrucciones.
- e) **Pertinencia de la escala:** Evalúa lo adecuado de la escala de autoevaluación para el conjunto y tipo de ítems propuestos.

Observaciones y sugerencias: Espacio para escribir cualquier observación para la sección.

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO MRCESP

Para la calificación de acuerdo con los criterios mencionados utilice la siguiente escala:

1	El elemento evaluado no cumple con los requerimientos
2	El elemento evaluado requiere ajustes
3	El elemento evaluado es apropiado

Marque con una X en la columna que corresponda a su valoración

INSTRUMENTO MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PUBLICA (MRCESP)

MUNICIPIO _____

INSTRUCCIÓN INICIAL

Contenido	Redacción			Suficiencia			Observaciones y sugerencias
	1	2	3	1	2	3	
<p>Este cuestionario le permitirá identificar qué tanto de las competencias esenciales en salud pública Ud. ejerce, cuando desarrolla las actividades de su trabajo.</p> <p>La información consignada no lo compromete a Ud. ni a la Institución para la cual labora y será utilizada únicamente con fines investigativos.</p> <p>Su diligenciamiento aportará importante conocimiento sobre el tema en la región, por lo que le agradeceríamos que complete todo el cuestionario.</p> <p>Esta información se tratará de forma anónima y confidencial. Si tiene inquietudes o dificultad para responder las preguntas y/o desea más información puede comunicarse al teléfono 300 460 1785 o al correo electrónico marimos2000@gmail.com</p>							

SECCION A. DATOS BASICOS

Item	Tipo			Redacción			Pertinencia			Observaciones y sugerencias
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1. Sexo: ___M___ F										
2. Fecha de nacimiento: D___M___A___										
3. ¿En qué año recibió el título de Psicólogo? _____										
4. ¿En qué Universidad										

estudió el Pregrado (Psicología)?: _____										
5. ¿Qué Programa(s) de postgrado cursa o ya finalizó? <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno Escriba el nombre del Programa de Postgrado que cursa o ha finalizado _____										
6. ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña como profesional en el sector de la salud? _____ _____										
7. ¿Cuál es la denominación del cargo, ocupación o función principal para la cual fue contratado(a)? De ser posible transcribala de su contrato laboral _____										
8. ¿En qué dependencia se ubica su cargo o funciones actuales? (Jefe Inmediato) _____										
9. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente? <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Término definido <input type="checkbox"/> Término indefinido <input type="checkbox"/> Otro. Cuál? _____										
10. ¿Qué duración tiene su contrato actual? _____										
11. ¿Cuál es su salario mensual actual? _____ _____										

Observaciones y sugerencias: _____

SECCION B. A continuación encontrará seis grupos de competencias separadas por el respectivo encabezado. Lea detenidamente su definición general y luego, teniendo en cuenta las actividades que Usted realiza en el trabajo indique qué tanto ejerce cada competencia. Marque con X en la casilla correspondiente.

CODIGO	COMPETENCIAS	OPCIONES				
	DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud					
1.1	Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.2	Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.3	Establecer prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.4	Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales que se genere a través de la investigación.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.5	Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.6	Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.7	Transferir conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión capacitante, capacitación en servicio y educación permanente de la fuerza de trabajo y de los actores claves.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.8	Identificar mecanismos de articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores claves y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y las estadísticas de salud desde el nivel local hasta el nivel global.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
1.9	Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS. Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.					
2.1	Analizar las amenazas riesgos y daños a la salud para el diseño e	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública.					
2.2	Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.3	Realizar el seguimiento de los riesgos, las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.4	Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.5	Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.6	Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.7	Comunicar la información relevante de la vigilancia, a los diversos actores del sistema y la población, para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.8	Realizar investigación biomédica, socio-demográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos y amenazas y daños en salud así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.9	Evaluar los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.11	Diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.12	Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.13	Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
2.14	Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.1	Valorar el enfoque y el alcance de la Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.2	Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas basadas en los determinantes sociales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

3.3	Analizar las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.4	Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.5	Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.6	Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.7	Desarrollar estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.8	Evaluar la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.9	Promover la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
3.10	Participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL. Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.					
4.1	Aplicar los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.2	Proteger en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.3	Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.4	Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.5	Liderar grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.6	Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
4.7	Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.					
	DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS. Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.					
5.1	Respaldar los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones de salud para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.2	Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de la provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.3	Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.4	Promover garantías de calidad en los servicios de salud acordes con estándares de seguridad en la gestión y prácticas asistenciales, para reducir las brechas e inequidades existentes en la atención de salud a la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.5	Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención, para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a los problemas de salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.6	Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.7	Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.8	Estimular y participar en equipos multidisciplinares con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
	DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL. Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.					
6.1	Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.2	Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.3	Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.4	Analizar de forma crítica la naturaleza cambiante, los factores clave y los recursos que configuran la salud global para influir en las reformas en materia de salud, bienestar y seguridad social en Las	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

	Américas.					
6.5	Contrastar diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejen la naturaleza diversa de los contextos político, organizacional y económico, para utilizar estas experiencias en mejorar el acceso, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.6	Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.7	Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.8	Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

¡Agradecemos su valiosa participación!

Redacción de instrucción			Suficiencia de instrucción			Pertinencia de escala			Observaciones y sugerencias
1	2	3	1	2	3	1	2	3	