



CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA, QUE DESEMPEÑAN LOS
MÉDICOS Y LOS PROFESIONALES EN GERENCIA DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN EN SALUD (GESIS) DE LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN
LA SUBREGION VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA 2016 - 2017.

BEATRIZ EUGENIA CARDENAS COTRINO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2018

CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PUBLICA, QUE DESEMPEÑAN LOS
MEDICOS Y LOS PROFESIONALES EN GERENCIA DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN EN SALUD DE LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN LA
SUBREGION VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA 2016 - 2017.

BEATRIZ EUGENIA CARDENAS COTRINO

Trabajo de investigación para optar al título de magister en Salud Publica

Directoras de trabajo de grado

PAULA ANDREA ARISTIZÁBAL VÉLEZ

DIANA MARÍA TORRES PAVAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

DEDICATORIA

A quien fue uno de mis pilares en esta vida; mi ejemplo de superación e impulsador a iniciar este sueño académico y quien hoy; por motivos ajenos y muy recientemente te adelantaste a ese gran viaje...a ti Papá; ¡mi motivación para seguir adelante!

A la mujer más importante en mi vida; Mi madre, a mis hermanas, mis pequeños sobrinos; la razón de alegría de esta tía. Finalmente, a todos aquellos que desearon llegara este momento.

AGRADECIMIENTOS

A Jesucristo; autor y proveedor de todos nuestros sueños, A este Valle de Aburrá donde esos sueños han ido materializándose, a mi lugar de trabajo; Clínica Antioquia por apoyar esta decisión siempre, a la Universidad Autónoma de Manizales por permitirme avanzar en esta etapa académica y a mis asesoras Paula Aristizábal y Diana Torres por su paciencia, confianza y apoyo a pesar de los imprevistos que la vida nos presenta.

A todos mil gracias.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública de Médicos y profesionales en gerencia de sistemas de información en salud de los equipos de Salud Pública en la subregión Valle de Aburrá, Antioquia, 2016 - 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal que consideró datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa. Los 8 profesionales en Gesis y 4 de Medicina se seleccionaron por muestreo por conveniencia según la disponibilidad de los mismos para participar en el estudio y la firma del consentimiento. Organización de la información: Diseño de la base de datos en SPSS V23 con Análisis Univariado: Se realizó análisis estadístico descriptivo y Análisis Bivariado: Se desarrollaron tablas cruzadas para establecer asociación entre las variables sexo, profesión, tiempo en el cargo; se usó el test no paramétrico Chi cuadrado (X^2). **Resultados:** Participaron 12 profesionales, edad promedio 38 años. Todos pertenecientes a equipos de salud pública en las secretarías de salud. La modalidad de contratación del 50% fue por contrato a término indefinido; 80% de los profesionales cumplían funciones multidisciplinarias. El análisis mostró que para los Dominios 1, 3, 4 y 6 no se encontró asociación significativa. En el Dominio 2 se observó que gran parte de las competencias tuvieron asociación con la variable pregrado; En el Dominio 5 se evidenció que las competencias 5.6 y 5.7, tenían asociación con la variable funciones, y solo la competencia 5.3 tuvo asociación tanto con la variable pregrado como con funciones. **Conclusiones:** no se encontró correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública en Médicos y Gesis en los equipos de la subregión Valle de Aburrá.

Palabras Clave: Talento Humano, Funciones Esenciales de la Salud Pública, Medicina, Salud Pública.

ABSTRACT

Objective: To identify the correspondence between labor competencies and essential competencies in Public Health of Physicians and professionals in health information systems management of Public Health teams in the Valle de Aburrá sub region, Antioquia, 2016 - 2017.

Methodology: Study descriptive section that considered data of a qualitative and quantitative nature. The 8 professionals in Gesis and 4 in Medicine were selected by convenience sampling according to their availability to participate in the study and the signing of the consent.

Organization of the information: Design of the database in SPSS V23 with Univariate Analysis:

Descriptive statistical analysis and Bivariate Analysis were carried out: Cross-tabulations were developed to establish an association between the variables sex, profession, time in office; the non-parametric Chi square test (χ^2) was used. **Results:** 12 professionals participated, average age 38 years. All belonging to public health teams in the health secretaries. The 50% contracting modality was for an indefinite term contract; 80% of professionals fulfilled multidisciplinary functions. The analysis showed that for Domains 1, 3, 4 and 6 no significant association was found. In Domain 2 it was observed that a large part of the competences had association with the undergraduate variable; In Domain 5 it was evidenced that the 5.6 and 5.7 competences had an association with the functions variable, and only the 5.3 competence was associated with both the undergraduate and functional variables. **Conclusions:** no correspondence was found between the labor competencies and the essential competences in Public Health in Physicians and Gesis in the teams of the Valle de Aburrá subregion.

Key Words: Human Talent, Essential Functions of Public Health, Medicine, Public Health.

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | RESENTACIÓN..... | 12 |
| 2 | ÁREA PROBLEMÁTICA | 14 |
| 2.1 | ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 15 |
| 3 | JUSTIFICACIÓN | 19 |
| 4 | REFERENTE TEÓRICO | 21 |
| 4.1 | CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO | 21 |
| 4.1.1 | Contexto Demográfico..... | 22 |
| 4.1.2 | Población por área de residencia..... | 22 |
| 4.2 | INDICADORES EN SALUD | 26 |
| 4.3 | MARCO LEGAL..... | 29 |
| 4.4 | SALUD PÚBLICA | 30 |
| 4.4.1 | Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP):..... | 32 |
| 4.4.2 | Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP): | 34 |
| 4.4.3 | Marco Regional de Competencias Esenciales en salud Pública (MRCESP): | 34 |
| 4.5 | TALENTO HUMANO EN SALUD..... | 36 |
| 4.5.1 | Profesiones Afines al Área de la Salud Pública | 36 |
| 4.5.2 | Perfil Profesional y Competencias del Médico en Colombia | 37 |
| 4.5.3 | Competencias Transversales (26) | 38 |
| 4.5.4 | Gerencia en sistemas de información en salud – Gesis..... | 39 |
| 5 | OBJETIVOS | 43 |
| 5.1 | OBJETIVO GENERAL..... | 43 |
| 6 | METODOLOGÍA..... | 44 |
| 6.1 | PROCEDIMIENTO..... | 45 |
| 6.2 | PLAN DE ANÁLISIS: | 46 |
| 7 | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 47 |
| 8 | RESULTADOS Y DISCUSION | 48 |
| 8.1 | CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA. | 48 |

| | | |
|-----|---|----|
| 8.2 | COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PUBLICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRÁ, ANTIOQUIA. | 49 |
| 8.3 | ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN LA SUBREGIÓN VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA. | 65 |
| 8.4 | IDENTIFICAR LA CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA, DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA. | 68 |
| 9 | CONCLUSIONES | 69 |
| 10 | RECOMENDACIONES..... | 70 |
| 11 | LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 71 |
| 12 | REFERENCIAS..... | 72 |
| 13 | ANEXOS | 75 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Técnicas e instrumentos de recolección de información | 45 |
| Tabla 2 Dominio 1 y pregrado | 50 |
| Tabla 3. Competencias 2.1-2.4 y pregrado | 52 |
| Tabla 4 Competencias 2.5-2.9 y pregrado | 53 |
| Tabla 5. Competencias 2.10 - 2.14 y pregrado | 54 |
| Tabla 6 Competencias 3.1 - 3.3 y pregrado | 55 |
| Tabla 7 Competencias 3.4 - 3.8 y pregrado | 56 |
| Tabla 8 Competencias 3.9 - 3.10 y pregrado | 57 |
| Tabla 9 Competencias 4.1 - 4.4 y pregrado | 58 |
| Tabla 10 Competencias 4.5 - 4.7 y pregrado | 59 |
| Tabla 11 Competencias 5.1 - 5.8 y pregrado | 60 |
| Tabla 12 Competencias 6.1 - 6.2 y pregrado | 62 |
| Tabla 13 Competencias 6.3 - 6.6 y pregrado | 63 |
| Tabla 14 Competencias 6.7 - 6.8 y pregrado | 64 |
| Tabla 15 Significancia estadística entre competencias del Dominio 2 con tiempo, pregrado y funciones. | 66 |
| Tabla 16 Significancia estadística entre competencias del Dominio 5 con tiempo, pregrado y funciones. | 67 |

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Imagen 1 Pirámide Poblacional Valle de Aburrá, Antioquia. 2016 | 24 |
| Imagen 2 División Política y administrativa..... | 24 |

Lista de anexos

| | |
|---|----|
| Anexo 1: Consentimiento Informado..... | 75 |
| Anexo 2: Carta de solicitud de información | 76 |
| Anexo 3: Instrumentos de recolección de Información | 77 |

1 RESENTACIÓN

La reorientación de los servicios de salud hacia la Atención Primaria en Salud (APS), es un propósito global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que ha sido acogido por los países de la subregión de Las Américas y El Caribe, para facilitar este proceso se crea el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud como una iniciativa de diferentes sectores entre los países de la Región de las Américas. En cada país el análisis de las reformas a los sistemas de salud ha mostrado que, para lograr esta reorientación, es necesario contar con recurso humano con altas capacidades resolutorias que les permita conocer la situación de salud de las poblaciones en sus territorios, diseñar intervenciones en salud pública, gestionarla y participar en procesos de gestión del conocimiento para producir nuevos conceptos útiles a la transformación de la situación actual de salud. (1,2).

Por otro lado, en su artículo Betancur manifiesta “varios autores plantean que la formación universitaria debe transitar de la disciplinariedad hacia la transdisciplinariedad” (3). Que desde diferentes perspectivas frente a una problemática la participación intersectorial puede otorgar mejores resultados; Adicional expone un “Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública que está basado en la utilización de las herramientas tradicionales de diseño de proyectos, pero con variantes provenientes del enfoque de los sistemas complejos” (3). Con lo anterior se concluyó que la identificación de problemas desde diferentes perspectivas por parte de especialistas, miembros de las comunidades y directivos, permitirían intervenciones inter y transectoriales más efectivas, sugiriendo un cambio organizacional en el que se modifiquen estilos de trabajo y formas auto-organizativas de la actividad científica (3).

Dado lo anterior, fue de interés indagar por las competencias en salud pública que desarrollaban los profesionales de la salud y aquellos profesionales de otras áreas que recientemente han incursionado en este campo laboral. En relación a lo anterior la investigación incluyó al Médico (mismo perfil formativo con el que cuenta el investigador y correspondiente al área de la salud) y el profesional en Gerencia de Sistema de Información-Gesis; Profesión recientemente conocida en el país y característica de la región Antioqueña, bajo los lineamientos de la Escuela Nacional de Salud Pública y con nuevos aportes a la Salud Pública Actual.

El presente estudio pretendía determinar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública que desempeñan profesionales que integran los equipos de salud pública del Valle de Aburrá, específicamente el Médico y el Gerente en Sistemas de Información en salud. Mediante la caracterización de los participantes se buscó la relación entre los perfiles profesionales y las funciones esenciales de la salud pública contenidas en el reporte “La Salud Pública en las Américas” OPS para el año 2003.

Mediante un análisis estadístico descriptivo se compararon los aspectos sociales, demográficos y laborales de los participantes, con las puntuaciones resultantes de la evaluación de las Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP) y se empleó el análisis cualitativo mediante la categorización inductiva de los seis dominios definidos por el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCES).

Finalmente, una vez analizada la información se obtendrían datos que servirían como sugerencias y posibles intervenciones en relación a los perfiles y roles básicos que deben tener los profesionales que integren los equipos de Salud Pública, requerimientos mínimos al conformar los mismos por parte de los entes territoriales; en cuanto a su componente formativo y profesional. Así mismo permitiría plantear un escenario en los programas académicos con un enfoque específico en cuanto a las competencias que se deben desarrollar en relación a la Salud Pública.

2 ÁREA PROBLEMÁTICA

Los equipos de salud pública que se encuentran en los diferentes entes territoriales de Colombia, están conformados por diversos profesionales con formación en lineamientos humanistas y otros estrictamente científicos; se entiende por lo tanto que en estos grupos de trabajo hay una labor multidisciplinaria con gran talento humano, así como con el nivel adecuado de competitividad. La identificación de los roles que desempeña cada miembro al interior de éstos, permitió no solo reconocer cómo se está desarrollando la salud pública, sino además evidenciar que muchos de ellos tienen limitaciones en su proceso de formación profesional con respecto a las competencias a cumplir en el área de la Salud. No obstante, son otras las capacidades y circunstancias las que les permiten hacer parte del Talento Humano en Salud y conformar los equipos de Salud Pública.

Además, se intentó establecer la correspondencia entre la actividad ocupacional de los profesionales de los equipos en Salud Pública de las entidades territoriales y las Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP).

Para realizar el estudio se tomaron dos profesiones que conforman el equipo de Salud Pública en el Valle de Aburrá los médicos y los Gesis; posteriormente se caracterizaron los roles que desempeñaba cada profesional.

2.1 ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Hasta los años noventa en el Reino Unido, los especialistas de la salud pública pertenecían en su mayoría a la profesión médica. Durante el último decenio, se ha constatado un creciente reconocimiento, respeto y valoración de la labor desempeñada por expertos de otras disciplinas en ese campo (4). Paralelamente en ese cambio de paradigma, se observa también un gradual crecimiento de la importancia que tienen las actividades habituales de personas de otras profesiones, cuyo trabajo diario puede tener gran impacto en la salud de la población. “Entre ellos se encuentran profesionales de la salud pública, como funcionarios de salud ambiental, pero también otras personas con muy diversas ocupaciones, desde directores generales de gobiernos locales hasta ayudantes de servicios de restauración (servicios de alimentos, preparación y presentación) los cuales, pese a la gran influencia que puede tener su trabajo en la salud pública, no han sido considerados tradicionalmente como parte de la fuerza laboral que actúa en esa esfera” (4).

Transformar las oportunidades de formación y desarrollo profesional, para atender las diversas necesidades de esos distintos grupos del personal de salud pública con miras a que reconozcan y lleven a la práctica sus posibilidades para mejorar la salud, es un desafío importante que hay que afrontar si se desea propiciar mejoras continuas de la salud pública (4).

Las distintas perspectivas del profesional le permiten identificar, plantear y promover ciertas intervenciones pertinentes y aplicables dentro de su labor diaria, específicamente en el área de la Salud Pública para desarrollar las funciones esenciales que se encuentran establecidas y de la mano con la interdisciplinariedad. Sumado a lo anterior, el término de competencias aparece como un pilar fundamental para el desarrollo de la salud Pública (5). En particular, la identificación de las competencias profesionales permite a la sociedad conocer lo que puede esperar de los profesionales que trabajan en esa área, ya que es a partir de estas competencias que se puede disponer de un catálogo de lo que estos profesionales saben hacer; a su vez, que la sociedad y las instituciones reconozcan estos profesionales y los aportes que pueden hacer para favorecer su desarrollo y la creación de oportunidades de trabajo.

Arroyave et al. (6) 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. “Basados en el nuevo concepto de competencia laboral que de manera sencilla define que una persona es competente en el mundo del trabajo cuando sabe hacer algo con sus conocimientos, se entiende entonces que la competencia se evalúa por medio de lo que una persona sabe, si sabe ponerlo en práctica y por qué lo hace, en un contexto laboral determinado, con la interacción de los conocimientos, actitudes y valores del trabajador puestos en acción para el logro de los resultados significativos en un contexto laboral dado” (6).

El resultado del estudio se consolidó en un instrumento de evaluación que permitió conocer el desempeño del recurso humano de Salud Pública, en términos de competencias, a la luz de la autoevaluación, la heteroevaluación y la interevaluación (6).

Varios aspectos relevantes y a manera de conclusión deben mencionarse, en primer lugar, en Colombia muchos de los profesionales en formación y sus programas responden a intereses particulares y de mercadeo (7).Específicamente en temas de Salud, debería ser determinante conocer la problemática de salud en las poblaciones, incentivar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para lograr un aprendizaje basado en la práctica.

En segundo lugar, hay una formación menos preventiva desde la atención primaria en salud, se invierten más recursos en métodos de última generación especializados y poco fortalecimiento de la base de un sistema (7).

Otro aspecto a mencionar del sector educativo y los programas de formación en salud, es en cuanto a la relación que tienen los procesos metodológicos y académicos con la aplicabilidad en un contexto real y social del país; en ocasiones existen discrepancias con los intereses que como entidad ya sea pública o privada se tiene al momento de formar en cierto grado de competencias específicas que más adelante van a desempeñar en la sociedad. En las condiciones actuales, casi que cada institución del sector salud y del sector educativo hace una lectura independiente de los mercados, las necesidades, los problemas de salud y toma decisiones en consecuencia (7).

En el 2012 en una de sus publicaciones ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) plantea “Los currículos, en general, están focalizados en alcanzar conocimiento rutinario sin capacidad de generar conocimiento nuevo que conduzca a la excelencia (comprensión)” (7), además que hay atención inadecuada a la problemática de salud en Colombia y el aprendizaje que debe ser basado en la práctica. Existe poca oportunidad de

participar en dicho sistema hacia su mejoramiento; sistema dentro del que se encuentran y en un futuro trabajarán.

Lo anterior, como antecedente permite suponer que la formación de los profesionales de la salud está fundamentada en el desarrollo de las ciencias básicas y clínicas demostrado en los perfiles profesionales de los egresados de diversas universidades, desarrollando competencias específicas que le permiten su desempeño en campos cada vez más estrechos.

Para el caso de los gerentes de sistemas de información en salud y sus aportes a la salud pública, se fundamentan desde su perfil ocupacional que le permite a estos desempeñarse profesionalmente en una gran variedad de funciones inherentes al manejo de información sanitaria (8). Dichas funciones se agrupan en Funciones gerenciales y administrativas del proceso de información en la organización de salud, mediante ejes de formación en: Salud Pública, Seguridad Social, Informática, Sistemas, Investigación Científica y Gerencia.

Respecto a la gerencia de sistemas de información en salud, cabe aclarar que dicho programa de pregrado solo es ofertado por la universidad de Antioquia a través de la Facultad Nacional de Salud Pública y que éste es el producto de la misma historia de la facultad.

Estudios realizados por Davó y Gonzales (9), respecto a los profesionales y las funciones que pueden desempeñar en salud pública, plantea que todas las titulaciones pueden hacerlo (medicina, farmacia, enfermería, nutrición humana y dietética, optometría, veterinaria, trabajo social, ciencias laborales y recursos humanos, magisterio y ciencias ambientales cuentan con competencias para las funciones de salud pública). La mayoría pueden participar en actividades de análisis de la situación de salud de la comunidad, de diseño y puesta en marcha de programas e intervenciones sanitarias, fomento de la participación social y del control de los ciudadanos sobre su salud teniendo en cuenta su perfil profesional y concluyen que no solo hay que describir fenómenos de salud, sino decidir el mejor punto de entrada para la acción contando con diferentes tipos de profesionales formados para ello, que permitan aportar información acerca de las contribuciones que pueden realizar profesionales procedentes de otras disciplinas para desarrollar en la práctica las bases teóricas de la salud pública.

Por otro lado, un buen número de profesionales con formación clínica-asistencial en la actualidad no se desempeñan en función del ejercicio clínico para lo cual fueron formados o por el contrario

aquellos que tienen formación en áreas tradicionalmente humanistas, hoy día se desempeñan en campos “diferentes” para el cual se formaron, sin demeritar las capacidades académicas con las que cuentan.

La Salud Pública, cuenta con las ya definidas Funciones Esenciales por parte de la OMS, como “el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el de mejorar la salud de las poblaciones” (10). Son dichas competencias las que por medio de la formación que reciben los profesionales de las distintas áreas, en términos de capacidad y pertinencia, deben cumplir para desenvolverse adecuadamente en la Salud Pública.

De acuerdo a este contexto se planteó como pregunta de investigación:

¿Cuál es la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública que desempeñan los médicos y GESIS en los equipos de salud pública en la subregión Valle de Aburrá, Antioquia 2016-2017?

3 JUSTIFICACIÓN

Existen pocos referentes teóricos y académicos en el país respecto al rol de las diferentes profesiones que integran los equipos de salud pública. Para el departamento de Antioquia, no se registran investigaciones publicadas sobre gestión de recursos humanos en medicina y Gesis, lo que hizo del presente estudio un tema pertinente para los procesos de planeación y estructuración de las competencias de los profesionales que hacen parte de los equipos de Salud Pública en el Valle de Aburrá.

Lograr identificar el rol que cada participante desarrolla dentro del equipo interdisciplinario de salud pública en Antioquia en la subregión Valle de Aburrá, permitió reconocer el talento humano con el que se cuenta, sus funciones y los cargos que desempeñan quienes participan en estos equipos. Los profesionales que han participado de estos, tradicionalmente reciben formación específica en el en el área de la salud, contrario a lo que se evidencia en el panorama actual, en donde se articulan profesiones con formación humanista.

El estudio permitió evaluar cuáles son las competencias esenciales en salud pública en los profesionales que conforman los equipos de salud dentro de la subregión; identificando las competencias mediante la pertinencia y eficacia en las actividades que desarrollan; estimando no solo el conocimiento, adherencia, sino además el cumplimiento que se le está dando a las ya establecidas CESP. A su vez, relacionarlo al referente mundial donde se hace un llamado a la interdisciplinariedad logrando un mayor desempeño en los equipos de Salud en pro del cumplimiento de las Funciones Esenciales. Dicho de otra manera, esto llevó a establecer que correspondencia existe entre la actividad ocupacional que tienen los profesionales en los equipos de salud pública y las CESP.

Por otro lado, la revisión de la literatura en Antioquia y específicamente Valle de Aburrá, no cuenta con estudios e información referente acerca de la correspondencia entre las competencias laborales en relación a la salud pública y conceptos mundialmente aceptados como las competencias que deben desempeñar en relación a las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP). La mayor aproximación en cuanto a estudios que relacionen la capacidad laboral para el desempeño de funciones en salud Pública, los tenemos por un lado el realizado en el Departamento de Caldas en el 2007 que contó con profesionales en Medicina y enfermería (6). Y

la investigación denominada “Caracterización ocupacional del Psicólogo en el área de Salud Pública en el Departamento de Huila” en el año 2013 (11)

La presente investigación serviría de herramienta para las instituciones con programas de formación encaminados a desempeñarse dentro del área de la Salud; potenciando el recurso humano y talento en aras de una visión más amplia e interdisciplinar. De otro lado para que las unidades locales de salud (secretarías, dirección local, alcaldías) reconozcan las Funciones y Competencias Esenciales en Salud Pública, como pilares fundamentales para un adecuado desempeño y con miras a cumplir lo establecido por el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 en Colombia: “Pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (29).

4 REFERENTE TEÓRICO

La práctica de la salud pública, en comparación con la práctica clínica que se ocupa de la atención individual, “le permite desentrañar en su profundidad las verdaderas causas de la enfermedad y enfrentarlas, desde un punto de vista sociopolítico y médico, con estrategias que resuelvan los efectos deletéreos de los determinantes de la salud y las relaciones estructurales de nuestra sociedad” (12).

Sin embargo la polisemia del concepto Salud Pública, ha dejado de ser un asunto retórico para asentarse en la práctica desde una perspectiva multidisciplinaria y compleja, es así que en la actualidad, los equipos de profesionales y técnicos que trabajan en esta área son bastante diversos, como respuesta a las demandas del sistema de salud de reorientar sus acciones hacia la Atención Primaria en Salud (APS) (13).

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO

Departamento de Antioquia

Antioquia es uno de los 32 departamentos que conforman Colombia, se encuentra localizado en el noroeste del país, cuenta con 125 municipios, distribuidos en 9 subregiones. Ocupa un territorio de 62.799 Km² que limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda. Cada uno de las subregiones está conformada por diversos municipios: Valle de Aburrá 10, Bajo Cauca 6, Norte 17, Nordeste 10, Suroeste 23, Occidente 19, Oriente 23, Urabá 11, Magdalena Medio 6 (14).

La geografía antioqueña conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques. La Cordillera de los Andes, al llegar a Colombia, se divide en tres ramales, llamados Cordillera Occidental, Cordillera Central y Cordillera Oriental.

La Cordillera Central, se ramifica en dos ramales al entrar a Antioquia, en medio de un valle conocido como Valle de Aburrá, donde se asienta Medellín, su capital.

Sobre la Cordillera Central, no sólo se asientan la mayoría de ciudades o municipios, sino que se forman dos altiplanos geográficos: el que está situado más al norte, llamado Altiplano de Santa Rosa de Osos, y el Altiplano situado más al oriente, llamado Valle de Rionegro (14).

4.1.1 Contexto Demográfico

En el año 2005 los resultados del censo nacional indicaron que el total de la población Antioqueña era de 5'682.310 habitantes. Actualmente las proyecciones de población (luego de la conciliación censal), indican un total de 6'299.990 Antioqueños, entre los cuales el 51% se estiman mujeres y el 49% hombres.

La variación registrada en el total poblacional del Departamento entre el 2013 y el último censo es del 11% y tal crecimiento puede explicarse más que desde los nuevos nacimientos, desde el saldo migratorio positivo observado en Medellín y la subregión del Valle de Aburrá (14).

4.1.2 Población por área de residencia

Actualmente se registra un 78% de la población habitando las áreas urbanas del departamento. Este porcentaje ha variado considerablemente desde los últimos 5 censos: para el año 1964, cuando el total de la población de Antioquia era de 2'477.299 habitantes, se estimaba que el 53% residían en el área urbana. Casi 30 años después, para el censo de 1993, tal porcentaje pasó a ser del 72% y para el año 2020 se estima que continúe creciendo.

Por subregiones se percibe que el Valle de Aburrá al contener a Medellín y los municipios más urbanizados del departamento tiene el 95% de su población en el área urbana. Para el resto de subregiones las diferencias entre las zonas urbanas y las rurales son menos marcadas e incluso se registra mayor porcentaje en zonas rurales, como en el Occidente donde el 64.5% de la población habita en el área rural, en el Norte es el 53.8% y en el Suroeste, el 51.3%. Los municipios con mayor cantidad de viviendas estimadas al año 2012, pertenecen al Área Metropolitana y/o a la

subregión Valle de Aburrá, ellos son: Medellín con 724.718 viviendas estimadas, Bello 117.973, Itagüí 72.728 y Envigado 63.712.(14)

El creciente desarrollo urbanístico de Medellín, la expansión de las áreas urbanas de los municipios del Valle de Aburrá y en general, el desarrollo progresivo de las cabeceras urbanas de los distintos municipios hace que en Antioquia continúe aumentando el porcentaje de población que habita en las áreas urbanas, frente a quienes viven en el área rural. Sin embargo, continúan existiendo subregiones del departamento con más habitantes en el área rural que en el área urbana y por ello es necesario reconocer la diversidad del territorio antioqueño y diseñar políticas públicas que también estén orientadas a la atención integral de la población residente en las áreas rurales del departamento de Antioquia (14).

Imagen 1 Pirámide Poblacional Valle de Aburrá, Antioquia. 2016

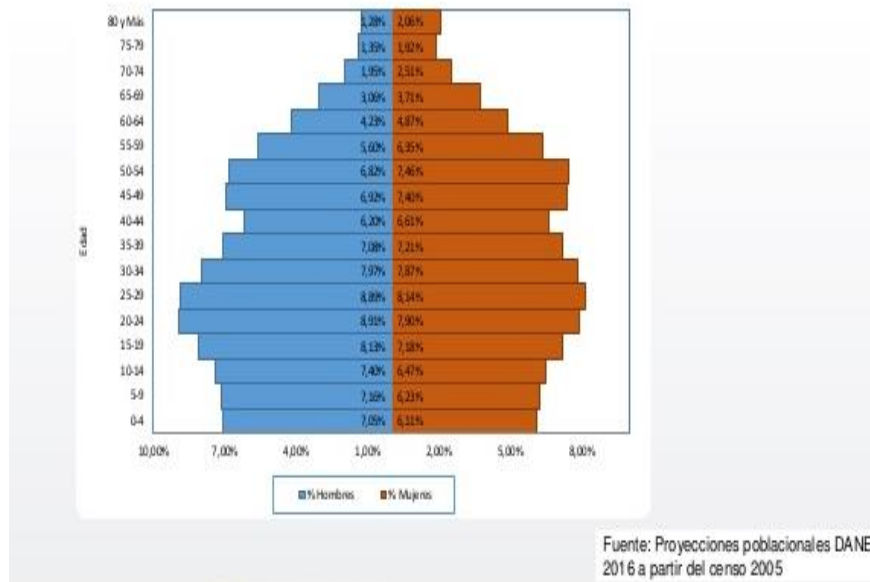
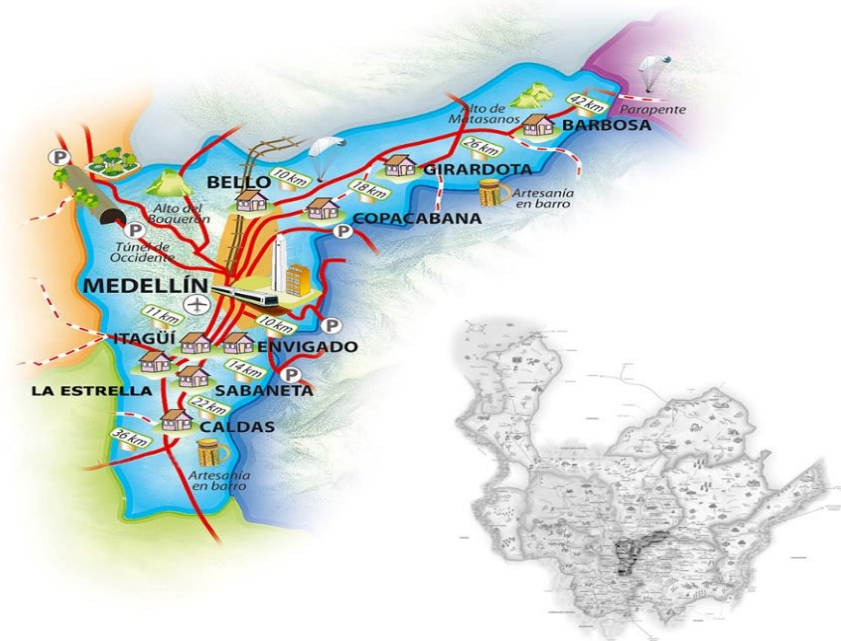


Imagen 2 División Política y administrativa



Fuente: Instituto para el Desarrollo de Antioquia-IDEA, 2014

El Valle de Aburrá tiene una extensión de 1.152 kilómetros² y geográficamente comprende los municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Itagüí, Envigado, Sabaneta, Caldas y La Estrella (15).

Concentra aproximadamente el 60% de la población del departamento y el 70% de la actividad económica industrial y de servicios. Esto ha generado una concentración de recursos humanos, económicos y financieros que ha originado un desequilibrio.

También concentra buena parte de la oferta de educación superior y de servicios de salud de alta complejidad. En Medellín particularmente, se ha logrado una transformación importante que potencia a la ciudad como un centro de ciencia, tecnología e innovación muy ligada a los servicios de salud y al desarrollo de eventos académicos y empresariales de talla mundial.

La industria de Medellín representa 43,6% del producto interno bruto del Valle de Aburrá; los servicios 39,7% y el comercio 7%. Los sectores industriales con mayor participación en el valor agregado son las textiles, con 20%; sustancias y productos químicos con 14.5%; alimentos con 10% y bebidas con 11%. El 10% restante comprende sectores como metalmecánico, eléctrico y electrónico, entre otros (15).

Con respecto a la ciencia, la tecnología y la innovación, la actividad se concentra fuertemente en el Valle de Aburrá. De acuerdo con Colciencias Antioquia es clasificado como un departamento tipo A en investigación, cuenta con 419 grupos de investigación universitarios activos de un total de 3.032 grupos activos en Colombia, es decir, 13,8% (15).

En el contexto internacional, Medellín, según el ranking de América Economía, es de “las mejores ciudades para hacer negocios en América Latina” (16). Se ubicó en 2010 en el puesto 15, luego de haberse ubicado en el puesto 25 en 2009. Los aspectos con calificaciones destacadas son: sustentabilidad ambiental, poder de marca y dinamismo económico. En los últimos años, Medellín y el Valle de Aburrá se han caracterizado por el desarrollo de un enfoque de ciudad-clúster promoviendo sectores como energía eléctrica, textil/confección, diseño y moda, construcción, turismo de negocios, ferias y convenciones, servicios de medicina y odontología, tecnología/información y comunicación (16).

Medellín y el Valle de Aburrá en general se han ido convirtiendo en una economía de servicios, donde la demanda por mano de obra calificada es cada vez mayor y el ingreso per cápita va en aumento. Sin embargo, gran parte de la población, sobre todo inmigrante del mismo departamento, llega sin ninguna preparación y no puede vincularse a las dinámicas de la metrópoli, lo cual genera un desequilibrio en el mismo valle con respecto a oportunidades laborales, ingresos y calidad de vida (15).

4.2 INDICADORES EN SALUD

En este apartado se mencionarán tres de los indicadores en salud departamentales sin restarle importancia a los demás, pero si considerando, que estos datos muestran una idea general acerca de cuál es la población “activa” con la que cuenta el departamento, las patologías en relación al perfil epidemiológico de la región y como estos factores sumados, podrían establecer una base para definir políticas y planes en salud. Por otro lado, pueden relacionarse con otros ejes fundamentales para el desarrollo socioeconómico y cultural que afecten directa o indirectamente el esquema de salud-enfermedad de esta población (14).

Mortalidad

La tasa de mortalidad más alta la aportaron las enfermedades del sistema circulatorio. En segundo lugar, aparecen las tasas de mortalidad por otras causas y las neoplasias se ubican en el tercer lugar con una tendencia estable.

Las tasas de mortalidad por causas externas aparecen en cuarto lugar por encima de las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles y las muertes por afecciones del periodo perinatal.

De acuerdo con la medición realizada desde la Vicepresidencia de la República en el Programa de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario (14); se señala a Medellín, Itagüí, Cauca y Bello como los municipios más violentos del Departamento (tres de estos pertenecientes al Valle de Aburrá).

Al evaluar la tasa de mortalidad ajustada en hombres se pudo observar que la mortalidad por causas externas que se presentó en el departamento llevó a que la tasa de muerte por esta causa se igualará a la producida por enfermedades del sistema circulatorio en 2008 y estuviera por encima en los años 2009 y 2010. Se evidenciaba en ese entonces riesgo de muerte por causas

externas para los hombres debido a su mayor participación en el conflicto armado, la delincuencia común y los accidentes de vehículos a motor (14)

En el grupo de las mujeres, en Antioquia en los años 2005 a 2011 se encuentra un comportamiento similar al del departamento en la medida en que la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio es la más alta y presenta tendencia a la disminución, pero con una inclinación menor que la observada en la tasa general del departamento de Antioquia; además la tercera causa de mortalidad son las neoplasias (14)

De otro lado la diferencia relativa en la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se mantiene en el tiempo pasando de un 30% a un 40% más de muertes en hombres que en mujeres por esta causa a lo largo del periodo evaluado. Otro aspecto importante es la evidente disminución en la participación de las enfermedades transmisibles, entre otras causas por la aplicación universal de estrategias como el Plan de Inmunizaciones, acceso a acueductos, establecimiento de guías de atención de patologías prevalentes de la infancia, entre otras (14).

- **Mortalidad materno-infantil y la niñez (14)**

Al evaluar la tendencia de la mortalidad materno-infantil y en la niñez se observó que no hay una tendencia definida en la mortalidad materna la cual es fluctuante; la muerte neonatal e infantil evidencia tendencia a la disminución en los últimos años. A pesar que estas tres tasas son menores que las tasas del país, no se evidencia que ésta diferencia sea estadísticamente significativa.

En los análisis de la mortalidad materna realizados en los años pasados se identificaron aspectos preocupantes como el mayor riesgo de las mujeres del área rural con respecto a las del área urbana; el tema del fortalecimiento de los primeros y segundos niveles de los municipios más críticos, así como de los sistemas de referencia se vuelve central cuando se analiza el sitio de muerte. De las 44 muertes maternas de 2011 se identificaron un total de 62 retrasos (en el análisis de una muerte materna suelen identificarse varios tipos de atraso) 17 retrasos tipo 1, 2 retrasos tipo 2 (infraestructura y geográfico) y 43 retrasos tipo 3; es claro el impacto de la calidad de la atención en la mortalidad materna en el departamento, donde a pesar de todo el recurso invertido en capacitación del personal de salud este llega a ser insuficiente, entre otros factores por la alta rotación del personal (14)

Durante la Infancia, el grupo con las tasas más altas fue el de menores de un año, situación explicable por la mayor vulnerabilidad de los seres humanos en este periodo de la vida. Las tasas de mortalidad en este grupo mostraron tendencia a la disminución en el periodo evaluado por casi todas las causas. Persisten las afecciones del periodo perinatal y las muertes por malformaciones congénitas con las tasas más altas de mortalidad (14).

Morbilidad (14)

Para analizar las principales causas se agruparon en las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluyó todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Dentro del grupo de las grandes causas “las enfermedades no transmisibles” con un 51.9%, son los mayores motivos por los cuales la población antioqueña acudió a los servicios de salud en estos años, seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales con un 19.7% (14)

Teniendo en cuenta el comportamiento general de las enfermedades transmisibles y nutricionales, la principal causa de consulta dentro de este grupo se debe a procesos de infecciones respiratorias, las cuales han prevalecido durante el periodo evaluado en los últimos cuatro años.

- **Enfermedades no transmisibles agrupadas por ciclo vital:**

Las enfermedades respiratorias y las de la piel aportaron más del 40% de la consulta en la primera infancia. La infancia comprendida entre los 6 a 11 años, donde se inicia la etapa escolar y los cambios fisiológicos y orgánicos del aparato digestivo, las consultas de condiciones orales y las enfermedades de los órganos de los sentidos sobrepasan las enfermedades respiratorias (14)

En la etapa de la adolescencia comprendida entre los 12 a 18 años, se evidencia que la tasa de fecundidad es de 35 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres y aporta el 50% de la tasa de fecundidad general en el departamento, y posiblemente se inicia la vida sexual activa, lo cual explica que la segunda causa de consulta en este ciclo vital sean las enfermedades genitourinarias, las cuales junto con las condiciones orales alcanzaron más del 30% de los motivos de consulta en estas edades (14)

Más del 40% de las consultas en la adultez se presentaron por enfermedades cardiovasculares, genitourinarias y musculo esqueléticas. Las enfermedades cardiovasculares, se comportan como la primera causa de consulta en los individuos mayores de 59 años (adultos mayores).

Dentro de los eventos de alto costo, la enfermedad renal crónica en fase cinco con terapia de restitución o reemplazo renal, tiene una tendencia al aumento y con prevalencias superiores en el departamento, al realizarse la comparación con el nivel nacional(14)

Las patologías de notificación obligatoria, causantes de infecciones respiratorias como la tuberculosis, la tosferina y la influenza, son los eventos que más tasas de letalidad reportan comparado con el nivel nacional. El 6.4 % de la población antioqueña registra algún grado de discapacidad siendo las dificultades en los movimientos del cuerpo, brazos y piernas las alteraciones más frecuentes (14)

4.3 MARCO LEGAL

En Colombia se ha generado la necesidad de fortalecer a través de un amplio marco legal, la formación y competencias que debe tener el Talento Humano en Salud, con la intencionalidad de abordar mejor algunos elementos que favorezcan la salud de la población.

La Ley 1751 de 2015 (17) creada con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección en el Capítulo III, indica la importancia de que los profesionales y trabajadores de la salud, ejerzan su profesión, favoreciendo a la población atendida dentro de los esquemas propios del sistema, además de considerar las condiciones laborales que se les deben garantizar como una forma de promover el trabajo justo y comprometido del equipo de salud.

El gobierno Colombiano ve la necesidad de recopilar las normas del sector salud, es por esto que expide el Decreto Único Reglamentario del Sector salud y Protección Social, Decreto 0780 de 2016 cuyo objetivo principal es: “compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar además con un instrumento jurídico único para el mismo” (18). Este decreto relaciona en la parte 7: Talento Humano En Salud, Título 2: Ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud.

Por su parte la ley 1164 de 2007 contempla las profesiones y ocupaciones que conforman el THS, que están siendo objeto de estudio desde hace varios años. Esta ley tiene por objeto “establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos” (19) y expresa una intención gubernamental de establecer un mayor control, en aras del mejoramiento de la calidad del servicio de salud en el país desde la perspectiva del trabajador y del profesional.

Por otro lado, existen normas que han intentado reformar el sistema como se evidencia a través de la Ley 1438 de 2011, cuyo propósito fue fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación de servicio público articulado a la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) (13)

Así mismo, Mediante la Resolución 429 de 2016 se crea la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que tiene como objetivo orientar el sistema a la generación de mejores condiciones de intervención de los agentes hacia el “Acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y de calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (20) es por ello que la implementación de los pilares de PAIS, requieren el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable de la gestión y el cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones (20)

4.4 SALUD PÚBLICA

Competencias laborales

La clasificación de las competencias varía de acuerdo al grado de generalidad de la competencia o a la naturaleza de la misma respecto a distintos campos o dominios. El Ministerio de Educación Nacional de Colombia distingue entre las competencias laborales dos tipos, las generales y las específicas (21)

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. (21)

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 (22). Esta región de América Latina 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 (21).

Algunos estudios han planteado de manera reiterada discrepancias entre los perfiles de los egresados de las instituciones educativas en salud y las competencias requeridas para el desempeño de los cargos en las ocupaciones del sistema de salud (23). También se han planteado inconsistencias entre el perfil de los egresados y las necesidades sociales, políticas y epidemiológicas del país. El primer problema, es de adecuación apropiada de los programas formativos con respecto a las necesidades ocupacionales de las instituciones, lo que sugeriría que las instituciones educativas no tienen en cuenta las necesidades ocupacionales, están encerradas en sí mismas o, simplemente son descuidadas en exceso. De manera más precisa “El balance entre los perfiles curriculares y ocupacionales obtenidos mediante un indicador de efectividad, estableció que la oferta educativa no se adecua al mercado de servicios, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo” (23)

El segundo problema remite a la pertinencia de los programas, mientras que el tercer problema sería de falta de capacidad para el análisis de tendencias y débil sentido de oportunidad. En tercer lugar, se plantea la ausencia de respuesta educativa a los nuevos desarrollos ocupacionales del sistema de salud, o sea, la necesidad de introducir nuevos perfiles (23).

Sin embargo, Ospina (24) afirma que, en todo caso, en su momento, los estudios indicados, abundaron en propuestas para suplir las debilidades en las tres problemáticas comentadas.

4.4.1 Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP):

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública, Se definen como las capacidades y condiciones institucionales necesarias para llevar a cabo el ejercicio de las actividades que logren los fines estatales en lo que a Salud Pública se refiere. Al establecer las FESP por parte de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (10), se pensó en un instrumento de medición que otorgara información y evaluación acerca de cómo los países y las subregiones están llevando a cabo sus funciones en Salud Pública y así poder identificar las falencias en recursos humanos y materiales; dificultades en implementación de proyectos o ausencia de estos.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, DSSA, en el año 2003 (10) implementó el instrumento mencionado para evaluar el desempeño de las FESP en el departamento y poder así, entregar a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, información en cuanto a debilidades y fortalezas, además de determinar las prioridades y urgencias a intervenir.

Los resultados de la evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública en el Departamento de Antioquia por cada una de las once funciones fue la siguiente (10); Función 2 “Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública” obtuvo un desempeño óptimo, siendo la única función que logra esta valoración, presentándose como una gran fortaleza. La Función 6 “Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública”; 4 “Participación de los ciudadanos en la salud” y 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública” alcanzaron una evaluación media superior, siendo estas funciones donde la DSSA ha fortalecido sus procesos y procedimientos desde hace varios años. Las Funciones 1 “Diagnóstico, evaluación, análisis y seguimiento de la situación de salud”; 3 “Promoción de la salud”, 10 “Investigación en salud pública” y 11 “Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud” presentaron una calificación media inferior lo que significa que se han realizado acciones y definido procedimientos pero haciéndose necesario fortalecer

coordinación intersectorial e interinstitucional que permitan mayor impacto en la ejecución de las mismas.

En dicha Evaluación llamó la atención el desempeño tan bajo de las FESP No. 7, 8 y 9 referentes a: “Garantías en los servicios de salud con equidad”, “Capacitación desarrollo del recurso humano” y “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios” respectivamente.

Con respecto a la FESP No.8 se presenta detalladamente lo observado a continuación:

Análisis de la Función esencial No.8: Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en Salud Pública.

Ésta función obtuvo en términos generales y por indicadores una de las calificaciones más bajas, con un puntaje de 0.10 (ubicándose todos en cuartil mínimo) Debido a que no existe un sistema de planeación de recurso humano que incluya: El diagnóstico de salud de la población, las características y modelos de prestación de servicios y de las necesidades del recurso humano. Es necesario realizar un análisis del balance entre la oferta y la demanda del recurso humano, que permita definir el plan de desarrollo (10).

Indicador 1: Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública: Obtuvo un puntaje de 0.13 debido a que se desconocían las necesidades en su momento del personal, el perfil de los profesionales no correspondía con las políticas de salud pública, no se identificaron las competencias requeridas para ejercer las funciones esenciales de la salud pública.

El personal en la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSSA) está siendo mal utilizado, en la medida que se ubica para ejercer funciones esenciales en salud pública. No se evalúan periódicamente las características del recurso humano en salud pública disponible y activo en el departamento. No se cuenta con un inventario actualizado de los puestos de trabajo que son necesarios para desempeñar las funciones de salud pública (10).

Indicador 2: Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo: Este indicador fue el mejor evaluado de la función con un puntaje de 0.36, debido a que se cuentan con pautas y normas de acreditación y certificación de estudios para la contratación del personal de salud pública. Pero no hay un plan de fortalecimiento del liderazgo en salud pública ni de educación continua (10).

Indicadores: 3 “Educación continua y posgrado en salud pública”, 4 “Perfeccionamiento de los recursos humanos para la entrega de los servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios”, y 5 “Asesoría y apoyo técnico a municipios en el desarrollo de los recursos humanos”, obtuvieron un puntaje 0.00 demostrando la debilidad de estos indicadores en este departamento (10).

4.4.2 Competencias Esenciales en Salud Pública (CESP):

Las competencias esenciales son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente. Las mismas responden al llamado de transformación de la educación profesional en ciencias de la salud ante los retos del Siglo XXI, incorporando perspectivas transnacionales, multiprofesionales y de largo alcance (5).

La diversidad de estas competencias sugiere que son muchos y variados los tipos de profesionales y técnicos que están capacitados para ejercitar estas funciones. Esto explica que la multidisciplinariedad y la multisectorialidad sean características diferenciales de la salud pública respecto a otros campos, y que la formación y capacitación en esta materia se hayan extendido desde las profesiones sanitarias a otras titulaciones (5).

La identificación de las competencias esenciales de salud pública permite a la sociedad conocer lo que puede esperar de los profesionales de salud en este campo, ya que es a partir de estas competencias que se puede disponer de un catálogo de lo que estos profesionales saben y deben hacer. A su vez, que la sociedad y sus instituciones conozcan con mayor claridad qué saben hacer los profesionales de salud en materia de salud pública favorecerá su desarrollo y la creación de oportunidades de trabajo, así como el avance de las FESP (5).

4.4.3 Marco Regional de Competencias Esenciales en salud Pública (MRCESP):

El desarrollar un MRCESP busca potenciar el uso del diagnóstico de las competencias del personal sanitario en los países como un insumo fundamental para facilitar la elaboración de planes y estrategias de formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos nacionales y

regionales; de igual manera para la elaboración de planes estratégicos de instituciones académicas, asociaciones y redes profesionales cuya misión sea la capacitación de profesionales de la salud (5).

La metodología del MRCESP y su desarrollo de basa en Dominios y dimensiones.

Se realizó un reagrupamiento de las FESP para su mejor abordaje metodológico, y se incorporó una nueva función con el componente de salud internacional / global. Así se establecieron seis dominios sustantivos:

1. Análisis de situación de salud
2. Vigilancia y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud y participación social
4. Política, planificación, regulación y control
5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos
6. Salud internacional / global

Transversalmente se definieron un conjunto de dimensiones, entendidas como atributos que debían estar considerados dentro de cada dominio:

1. Planificación
2. Gestión
3. Evaluación
4. Comunicación
5. Liderazgo
6. Investigación
7. Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC)

Una vez establecidas las CESP, el siguiente paso deberá ser elaborar las competencias específicas de cada dominio según los ámbitos de práctica y niveles de atención, tales como la autoridad sanitaria nacional, las autoridades sanitarias regionales y locales, la red de servicios y

el nivel comunitario. Estos ámbitos variarán según los países y la estructuración de los sistemas sanitarios correspondientes (5).

El Marco Regional es un instrumento para definir los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales relacionadas con la salud pública necesarias dentro de la fuerza de trabajo en salud. Este marco ha sido desarrollado en respuesta a la necesidad de contar en la Región de las Américas con un instrumento sencillo que facilite la formación de excelencia, la colaboración y la coherencia dentro de esta fuerza de trabajo tan diversa y en países con infraestructuras y sistemas de salud muy dispares. Se pretende que este marco sirva de complemento a otras estrategias centrales de la OPS, de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como son la Estrategia de APS, las FESP (3,4) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODM).

4.5 TALENTO HUMANO EN SALUD

El talento humano en salud hace referencia a la capacidad que tiene una persona para entender, resolver de manera inteligente una problemática desde su ocupación, habilidades, experiencias y aptitudes particularmente en el área de la salud. A los profesionales encaminados y en proceso de formación superior dentro del área de la Salud en Colombia se han determinado pautas claras que van desde una formación no solo profesional sino en la investigación en pro del bien social que el país requiera. En construir, desarrollar y transmitir conocimiento dentro y fuera de su campo de formación para dar solución a las necesidades colectivas. En buscar estimular una formación donde la interdisciplinariedad se logre con el fin de potenciar recursos no solo académicos, sociales económicos y culturales (rescatar el patrimonio social y cultural como nación) para obtener mejores resultados en cuanto a desarrollo técnico-científico no solo nacional sino internacional. Hasta llegar a consolidar “comunidades académicas” en constante evolución y crecimiento internacional para estar a la vanguardia de los modelos y sistemas en salud (25).

4.5.1 Profesiones Afines al Área de la Salud Pública

El equipo de Salud Pública establecido por cada Dirección Territorial de Salud tiene autonomía en cuanto a definir los perfiles profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, basados

en las problemáticas identificadas de cada población; en el departamento de Antioquia a través de la Gobernación y Dirección Territorial de Salud se ha conformado el equipo de salud pública con la participación de diferentes disciplinas, con el propósito de lograr cobertura en cada una de las problemáticas identificadas.

Los equipos de Salud Pública del Valle de Aburrá, están conformados por diferentes disciplinas entre ellas Médicos y Gesis, que fueron la población objeto del estudio.

4.5.2 Perfil Profesional y Competencias del Médico en Colombia

Bajo lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia y el grupo interdisciplinario de medicina (26), el perfil del médico responde a:

Un profesional poseedor de una sólida formación humanística, filosófica, científica y social, fundamentada en aspectos pertinentes de ciencias básicas generales, ciencias básicas médicas, ciencias clínicas, ciencias sociales y de las áreas del conocimiento y de la práctica clínica. Apto para el reconocimiento de situaciones de salud y para actuar en función de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en sus expresiones individual y colectiva, según sean los ámbitos de su desempeño profesional, haciendo el mejor uso de los medios disponibles a su alcance. Competente para reconocer, interpretar e intervenir, de manera individual, interprofesional e interdisciplinar, los determinantes biológicos, ambientales y sociales de la salud, con sujeción a los principios fundamentales de la ética y la bioética y con visión humanística de la relación médico paciente y su proyección a la persona, la familia y la sociedad. De acuerdo con el contexto nacional e internacional, ha de ejercer, con entereza y sentido de justicia social, con actitud crítica y liderazgo, sus responsabilidades profesionales, así como sus derechos y prerrogativas de autonomía y auto regulación. Consciente de su responsabilidad, de actualizar y mantener su idoneidad profesional de acuerdo con los avances del conocimiento y los progresos de la ciencia y la tecnología, así como con los cambios ambientales, del contexto social, económico y político. Capaz de reconocer las limitaciones profesionales y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional en el marco nacional e internacional (26).

En cuanto a competencias se definen dos grupos; competencias transversales; se desarrollan en distintas profesiones afines al área de la Salud y las específicas para el ejercicio de la medicina.

4.5.3 Competencias Transversales (26)

Competencia en comunicación: Proceso clave dirigido a informar a la población sobre aspectos relacionados con la salud. El uso de estrategias comunicativas cara a cara y tecnologías para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

Competencia de investigación: La investigación en el ejercicio de la medicina es un proceso reflexivo, sistemático y controlado que comprende una serie de métodos para resolver problemas cuyas soluciones necesitan ser obtenidas a través de una serie de operaciones lógicas, tomando como punto de partida datos objetivos y el análisis crítico cuya finalidad es descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la salud.

Trabajo en equipo: el trabajo en equipo comprende la integración y motivación de personas con habilidades complementarias, que están comprometidas con un propósito común, un método y metas de desempeño, por los cuales se responsabilizan mutuamente.

Ética y profesionalismo: Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.

Educación: Acción mediante la cual el médico genera situaciones de aprendizaje y de intercambio en el marco profesional con el fin de que la persona, la familia o la comunidad corrija o adopte prácticas saludables

4.5.3.1 Competencias específicas (26)

Competencia de promoción: Acción que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Competencia de prevención: La prevención abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

Competencia de diagnóstico: Descripción del estado de la salud de una persona, la familia o la comunidad, en un momento concreto de la vida y en el tiempo, de acuerdo con normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Competencia en el tratamiento: Proceso mediante el cual el médico interviene a la persona, la familia o la comunidad con prácticas médicas, quirúrgicas, higiénicas, farmacológicas, terapéuticas, entre otras, con el fin de mantener o curar una enfermedad o un estado patológico.

Competencia en rehabilitación: Conjunto de métodos para recuperar una función perdida o disminuida a causa de una enfermedad o lesión. Es la parte del acto médico encaminado a recuperar la salud, a partir de la identificación de la limitación anatómica, funcional o mental de una persona, la familia o la comunidad.

4.5.4 Gerencia en sistemas de información en salud – Gesis

Partiendo que, para conocer y evaluar las situaciones pasadas, presentes y predecir las futuras, es necesario registrar los hechos sucedidos en las instituciones, sus causas y los fenómenos generados como consecuencia de ellos. Surge la necesidad de crear y mantener un Sistema de Información con el propósito de desarrollar una organización efectiva y moderna integradora de la tecnología informática adecuada a las necesidades en este caso para el campo de la salud Pública (8).

La información requerida por el sector salud deberá responder a las características demográficas, socioeconómicas de la población, a los riesgos de la salud más importantes, a la infraestructura en general de servicios, a las características de los establecimientos de salud y de sus organismos de dirección, de los recursos humanos, físicos y financieros y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y el Sistema General de Seguridad Social en general (8).

Para crear, mantener y gerenciar los Sistemas de Información del sector salud es necesario un profesional con conocimientos no solo en informática, sino con formación en Salud Pública. El tipo de profesional con este perfil es formado actualmente por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y es importante anotar que para la región Valle de Aburrá la participación de estos profesionales es de gran connotación y particularmente solo existe como programa de pregrado en esta institución universitaria (8).

El Gerente de Sistemas de Información en Salud es un profesional capacitado en la gestión de la información en salud, con la habilidad de ordenar e interpretar datos y con base en estos describir una situación existente, comparar las situaciones alcanzadas con las deseadas, analizar y explicar razones obstáculos y problemas, efectos de las acciones ejecutadas y mantiene informada a toda la institución con reportes e indicadores de situaciones actuales y realiza propuestas acerca de las medidas a tomar (8).

- **Historia**

Desde la fundación de la Escuela Nacional de Salud Pública en 1963, la Facultad ha realizado programas de capacitación y formación en el campo de los Sistemas de Información en Salud.

Inicialmente capacitó funcionarios del Sistema Hospitalario Nacional en el manejo de Registros Médicos y Hospitalarios, posteriormente, desarrolló en el país el programa de Estadísticas de Salud a Nivel Intermedio hasta 1980 y, desde este año, hasta 1995 formó a bachilleres de diferentes regiones de Colombia en el Programa Tecnología en Sistemas de Información en Salud para convertirse desde 1995 en Gerencia de Sistemas de Información en Salud.

- **Ejes de Formación (8)**

La formación del Gerente de Sistemas de Información está atravesada por los siguientes ejes que guían el proceso de enseñanza - aprendizaje:

1. La Salud Pública
2. La Seguridad Social
3. La Informática
4. Los Sistemas
5. La Investigación Científica
6. La Gerencia

- **Objetivos de la formación Gesis**

Uno de los principales objetivos de este programa profesional y las capacidades para las cuales se forman y se esperan puedan desarrollar en su campo laboral son las siguientes (8):

1. Interpretar las Políticas Económicas y Sociales para el país y por ende para el sector salud, sus implicaciones en la identificación de requerimientos de información existentes en el medio organizacional sanitario, y en el desarrollo e implantación de soluciones de sistemas de información sanitarios relacionados con los problemas y fenómenos de la salud, la enfermedad, el trabajo, la institución de salud, su medio y la comunidad.
2. Examinar Sistemas Organizacionales de Servicios Salud aplicando teorías, enfoques, modelos, métodos y normas propias de la administración general, pública y de salud, a fin de determinar, desarrollar e implantar los sistemas de información necesarios para dichas organizaciones.
3. Integrar equipos de Investigación en Salud y participar útilmente en los procesos de investigación científica en salud, especialmente en las etapas de formulación de proyectos, recolección, procesamiento y análisis de la información.
4. Gerenciar y mantener Sistemas de Información en Salud incorporando enfoques, principios, tecnologías, herramientas, metodologías y técnicas propias del conocimiento informático, de los sistemas de información y disciplinas afines.
5. Diseñar, dirigir y ejecutar los procesos técnicamente óptimos y viables para el manejo y producción de la información sanitaria como apoyo de la investigación de salud, de la

gestión de las organizaciones del sector salud, sus organismos afines y como contribución de base para el desarrollo del conocimiento en la sociedad.

6. Desarrollar Sistemas de Información para la Gestión de Instituciones del Sector Salud, acorde con los requerimientos y restricciones particulares de información para la toma de decisiones, siguiendo para ello la aplicación adecuada de teorías, enfoques y metodologías aceptadas por la comunidad científica y técnica del medio y la época.
7. Interpretar la realidad Social, Económica y Humana del medio y del hombre colombiano, basado en el conocimiento de las ciencias de naturaleza socio-humanística y el modo en que dichos fenómenos se relacionan con los sistemas de información sanitarios y con su ejercicio profesional en las instituciones del sector salud

Es importante destacar que este pregrado va muy de la mano con los lineamientos que se desarrollan dentro de la Escuela Nacional de Salud Pública y es a partir de su sistema organizacional que se crea la necesidad de este perfil profesional y ocupacional para ejercer funciones relacionadas. Cabe además mencionar que solo a través de la Universidad de Antioquia se brinda este programa y título profesional logrando por un lado ser muy característico de la región Antioqueña y a su vez parte de la “escuela pionera” en Salud Pública del País; y por otro lado permitir y darse a conocer a otras regiones del país.

Hasta el momento y lo que se ha encontrado dentro de los equipos de Salud Pública del Valle de Aburrá cuentan con mínimo un profesional Gesis en cada uno de ellos; generando con esto la idea de que para la Región cumple un papel fundamental siendo un participante activo en el plan y posible toma de decisiones.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública en Médicos y Gesis en los equipos de salud pública en la subregión Valle de Aburrá, Antioquia. 2016 - 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente los médicos y Gesis que integran los equipos de Salud Pública en la subregión del Valle de Aburrá, Antioquia.
- Identificar las competencias laborales que tienen los médicos y Gesis que integran los equipos de Salud Pública en la subregión del Valle de Aburrá, Antioquia.
- Describir las competencias esenciales en Salud Pública que tienen los médicos y Gesis que integran los equipos de Salud Pública en la subregión del Valle de Aburrá, Antioquia.

6 METODOLOGÍA

1. **Enfoque de Investigación:** Cuantitativo.
2. **Diseño de Investigación:** Estudio descriptivo de corte transversal que consideró datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa.
3. **Población:** Profesionales en Gesis y Medicina que conforman los equipos de salud pública en la subregión Valle de Aburrá del departamento de Antioquia, 2016 – 2017, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión determinados en el estudio. En total 12 profesionales.
4. **Muestra:** Los profesionales en Gesis (8) y Medicina (4) se seleccionaron por muestreo por conveniencia según la disponibilidad de los profesionales para participar en el estudio y la firma del consentimiento
5. **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información:** En la tabla
6. 1 se muestran las técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de la información, para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Tabla 1. Técnicas e instrumentos de recolección de información

| TÉCNICA | INSTRUMENTOS | OBJETIVOS ESPECIFICOS |
|-----------------|---------------------|---|
| Encuesta | Cuestionario | N°1. Caracterizar socio demográficamente los Médicos y Gesis que integran los equipos de salud pública en la subregión del Valle de Aburra, Antioquia. |
| Encuesta | Cuestionario | N°2 Identificar las competencias laborales que tienen los Médicos y Gesis que integran los equipos de salud pública en la subregión del Valle de Aburra, Antioquia. |
| Encuesta | Instrumento MRCESP | N°3. Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los Médicos y Gesis que integran los equipos de salud pública en la subregión del Valle de Aburra, Antioquia. N°4. Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública, de los Médicos y Gesis que integran los equipos de salud pública en la subregión del Valle de Aburra, Antioquia. |

Fuente: *Elaboración propia*

La información se recolectó mediante la utilización de técnicas como la entrevista y la encuesta. El instrumento se utilizó con la autorización de los autores Mosquera Y. y Salazar F. 2014, quienes lo diseñaron y validaron como parte de la investigación denominada “Caracterización ocupacional del Psicólogo en el área de Salud Pública en el Departamento de Huila” (11)

6.1 PROCEDIMIENTO.

- 1.** Se solicitó autorización a las entidades competentes para contactar a los Médicos y Gesis que integran los equipos de salud pública en la subregión del Valle de Aburra, Antioquia.

2. Se diligenció el consentimiento informando a los profesionales que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.
3. Se dieron las indicaciones a los profesionales de los equipos de salud pública acerca de la forma de auto administrar el cuestionario MRCESP.
4. Este instrumento se usó con la autorización de los autores Mosquera Y, y Salazar F, 2014, quienes lo diseñaron y validaron como parte de la investigación denominada “caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento de Huila.”(11)

6.2 PLAN DE ANÁLISIS:

La información recabada se analizó de acuerdo a su naturaleza, siguiendo este procedimiento.

- Organización de la información: Diseño de la base de datos en SPSS V23.
- Análisis Univariado: Se realizó análisis estadístico descriptivo, que se presentó en frecuencias absolutas y relativas.
- Análisis Bivariado: Se desarrollaron tablas cruzadas para establecer asociación entre las variables sexo, profesión, tiempo en el cargo; se usó el test no paramétrico Chi cuadrado (X^2). en los casos en que se presentó asociación se realizó análisis de correspondencia simple a través de los mapas perceptuales que muestran que categorías de las variables asociadas se corresponden.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud de Colombia; este trabajo es considerado sin riesgo; de acuerdo con el artículo 11. Literal a. nvestigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. La aprobación del proyecto por parte del comité de Bioética de la UAM consta en el Acta N° 68 de Junio de 2017.

8 RESULTADOS Y DISCUSION

8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA.

Los municipios que hicieron parte del estudio fueron: Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta, Caldas y La Estrella. El total de participantes del estudio fueron 12 profesionales, de los cuales 3 fueron del sexo femenino. La edad promedio de estos fue de 38 años, con una mínima de 24 y una máxima de 63 años; existe una fuerza masculina (75%) que predomina entre ellos; 8 de los profesionales son GESIS y 4 médicos.

El Valle de Aburrá es una subregión en donde se identifica que el THS contratado para cumplir funciones en Salud Pública, en su totalidad cuenta con un nivel profesional y respecto al posgrado, 3 de los encuestados tiene formación en áreas como auditoria en salud, evaluación y gerencia de proyectos y promoción de la salud.

Los 12 profesionales que hicieron parte del estudio, tienen vinculación laboral con las Secretarías de Salud de cada uno de los Municipios (Alcaldías). La modalidad de contratación del 50% es por contrato a término indefinido y el restante están contratados por prestación de servicios, el tiempo en el cargo oscila entre los 5 y 156 meses. El 80% de los profesionales cumplen funciones multidisciplinarias, el 42% es de tipo operativo, 33% directivos y 25% son administrativos.

Lo anterior guarda relación con el estudio realizado por Betancourt (3), en donde hace referencia a la participación intersectorial, multidisciplinaria y al cambio organizacional con una mirada desde diferentes perspectivas, un proceso de flujo de información que lleva a una constante retroalimentación y crecimiento en pro de desarrollar mejor las funciones. Esto es además pieza clave para la Salud Pública y acorde con lo que presenta el PDSP en Colombia (29) que propende por el fortalecimiento del trabajo disciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario, procurando un abordaje integral desde las diferentes problemáticas en salud.

En cuanto a los salarios, para los médicos oscila entre los 4 y los 6 millones de pesos; y para los GESIS de 2 a 4 millones de pesos. Entre las razones de la contratación se destacaron, 4 por necesidad de los perfiles profesionales, 3 por que estaba la vacante y la población restante por otras razones.

El ingreso salarial mantiene valores promedios entre los Médicos y así mismo entre los profesionales en GESIS, siendo el salario de los médicos sustancialmente superior al de los otros profesionales. Ortiz y Cubides (1) en su estudio, encontraron que el pago de los aportes del personal sanitario se concentraba en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, siendo un elemento de la distribución desequilibrada e inequitativa del talento humano, con el impacto que tiene en el acceso y la continuidad de los servicios de grandes grupos de población. Dado lo anterior, se sobrentiende que el Valle de Aburrá como subregión Antioqueña, es una de las zonas en comparación al resto del País, donde los profesionales ven mejores posibilidades de pago y una de las razones para que el THS se vea desabastecido en otras regiones del territorio nacional.

Otras de las profesiones que participan de los equipos de salud pública del Valle de Aburrá son: administración de empresas, enfermería, salud ocupacional, psicología, comunicación social y periodismo, contaduría pública, ingeniería de alimentos, odontología, ingeniería de sistemas, regencia en farmacia, ingeniería química, entre otros.

8.2 COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PUBLICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DE LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRÁ, ANTIOQUIA.

En la tabla 2 se describen únicamente las categorías de mayor representatividad equivalentes al 50% o más, entre el Dominio 1 y Pregrado.

DOMINIO 1: Análisis de la 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. El dominio 1 se conforma por 9 competencias definidas (ver anexos)

Tabla 2 Dominio 1 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | |
|------------------------|--------------|--------|---------|-------|
| | Casi Siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 1.1 | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 5 | 62,5% |
| Medico | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 1.2 | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 3 | 37,5% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 1.3 | | | | |
| GESIS | | ----- | 5 | 62,5% |
| Medico | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 1.4 | | | | |
| GESIS | 3 | 37,50% | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | 2 | 50% |
| Competencia 1.5 | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 3 | 37,5% |
| Medico | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 1.6 | | | | |
| GESIS | | ----- | 5 | 62,5% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 1.7 | | | | |
| GESIS | 1 | 12,50% | 4 | 50% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 1.8 | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 4 | 50% |
| Medico | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 1.9 | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 3 | 37,5% |
| Medico | 2 | 50% | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

La competencia 1.1 es la utilización de 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, los Gesis consideran que realizan esas actividades en un 87.5% y todos los médicos lo hacen.

Así mismo el 62.5% de los Gesis establece 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, coherente esto con la competencia 1.3, en donde los Médicos responden a esta en un 100% de sus actividades.

En relación a la competencia 1.6, el desarrollo de metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud, los Gesis en un 62.5% manifiestan que siempre realizan estas actividades y así mismo el 75% de los médicos cumplen con ellas.

6 de cada 8 Gesis y 3 de 4 Médicos identifican 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 (Competencia 1.8).

Desde una mirada más global, cabe mencionar los principios en Salud que contempla “El Llamado de Acción de Toronto” (27), dicho documento hace un llamado a la participación de múltiples actores, el valor del recurso humano de quienes trabajan en salud y su papel en la construcción de políticas y programas en salud, y las condiciones de equilibrio para toda la población. Uno de los desafíos del Llamado de Acción de Toronto hace referencia a la interacción entre las instituciones formativas y los servicios de salud (sistema), para que formen a los futuros trabajadores de la salud dentro de un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que responda a las necesidades de salud de la población (27).

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.

Tabla 3. Competencias 2.1-2.4 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | | | |
|------------------------|------------|-------|---------------|--------|--------------|--------|---------|--------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 2.1 | | | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5 % | 1 | 12,5 % | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | | ----- | | ----- | 4 | 100% |
| Competencia 2.2 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | | ----- | 2 | 25% | 1 | 12,5 % |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 2.3 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | 1 | 12,5 % | 2 | 25% | | ----- |
| Medico | | ----- | | ----- | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 2.4 | | | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 2 | 25% | | ----- | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | | ----- | | ----- | 4 | 100% |

Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta las competencias del dominio 2 se puede observar que los 4 médicos siempre desempeñan la competencia 2.1 relacionada con 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; los Gesis en la competencia 2.2 relacionada con gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública el 62.5% nunca la desarrolla; al momento de analizar la competencia 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, los médicos siempre las cumplen en sus actividades.

Tabla 4 Competencias 2.5-2.9 y pregrado

| PREGRAD O | Categorías | | | | | | | |
|------------------------|------------|-------|------------------|-------|-----------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 2.5 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | | ----- | 2 | 25% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | | ----- | | ----- | 4 | 100% |
| Competencia 2.6 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | | ----- | | ----- | 3 | 37,5% |
| Medico | | ----- | | ----- | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 2.7 | | | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 2 | 25% | | ----- | 3 | 37,5% |
| Medico | | ----- | | ----- | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 2.8 | | | | | | | | |
| GESIS | 6 | 75% | 1 | 12,5% | 1 | 12,5% | ----- | ----- |
| Medico | | ----- | | ----- | 2 | 50% | 2 | 50% |
| Competencia 2.9 | | | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% | 1 | 12,5% | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | | ----- | | ----- | 4 | 100% |

Fuente: elaboración propia

La competencia 2.6 que articula las acciones de vigilancia y respuesta con los diferentes niveles, sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud, y las competencias 2.5, 2.6, 2.7 y 2.9: detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población; 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; 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 prioritizados, respectivamente, se evidencia que el 62.5% de los Gesis nunca las desempeñan, en comparación con los Médicos que las realizan siempre dentro sus actividades.

Tabla 5. Competencias 2.10 - 2.14 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | | | |
|-------------------------|------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 2.10 | | | | | | | | |
| GESIS | 7 | 87,5% | 1 | 12,5% | | ----- | | ----- |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 2.11 | | | | | | | | |
| GESIS | 7 | 87,5% | | ----- | 1 | 12,5% | | ----- |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 2 | 50% | 1 | 25% |
| Competencia 2.12 | | | | | | | | |
| GESIS | 7 | 87,5% | 1 | 12,5% | | ----- | | ----- |
| Medico | 1 | ----- | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 2.13 | | | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 2 | 25% | 1 | 12,5 | 1 | 12,5% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | | ----- | 2 | 50% |
| Competencia 2.14 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | 1 | 12,5% | 1 | 12,5% | | ----- |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | | ----- | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

7 de los 8 GESIS que participaron del estudio, nunca desempeñan actividades de las competencias 2.10, 2.11 y 2.12; elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión; diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud ni diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud, en comparación con 3 de los 4 profesionales en medicina que casi siempre y siempre lo hacen.

La competencia 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. 5 de los Gesis nunca las desempeñan en sus actividades, contrario a los Médicos en donde 2 siempre la cumplen.

La no asociación encontrada en el Dominio 2 y el pregrado Gesis llama la atención si se considera que en su perfil profesional definido, tienen formación en la recolección minuciosa y

exhaustiva de información sanitaria que permite apoyar la vigilancia, control y aportar en la formulación de programas preventivos de la población al servicio de la Salud Pública (8); se constituye en un actor clave y particular de esta subregión; además guardando relación con lo establecido en las normas nacionales del OTHS en Colombia (2) y la Ley 1164 de 2007 (19), en donde se encuentran las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación y vigilancia, desempeño ético del talento humano dentro del área de la salud mediante la articulación de diferentes actores que intervienen en los procesos.

DOMINIO 3: PROMOCION DE LA SALUD Y PARTICIPCION 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.

Tabla 6 Competencias 3.1 - 3.3 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | |
|------------------------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 3.1 | | | | | | |
| GESIS | 1 | 12,5% | 2 | 25% | 1 | 12,5% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 3.2 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 3 | 37,5% | | ----- |
| Medico | | ----- | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 3.3 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 3 | 37,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

El 75% de los médicos siempre desarrollan actividades relacionadas con las competencias 3.1 que valora 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, 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 y 3.3 analiza las relaciones de complementariedad entre la educación para la salud y la alfabetización en salud para establecer mejores prácticas de promoción de la salud; mientras que los Gesis en las competencias 3.2 y 3.3 se ubican dentro de las categorías de algunas veces y casi siempre con porcentajes del 75%.

Tabla 7 Competencias 3.4 - 3.8 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | |
|------------------------|------------|--------|---------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Siempre | % |
| Competencia 3.4 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 50% |
| Competencia 3.5 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,50% | 2 | 25% | 1 | 12,5% |
| Medico | 1 | 12,5% | | ----- | 1 | 25% |
| Competencia 3.6 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 3.7 | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | 1 | 12,5% | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 2 | 50% |
| Competencia 3.8 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,50% | 1 | 12,5% | 3 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

Al analizar la competencia 3.6 aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud, el 50% de los Gesis nunca la considera en sus actividades, contrario a los médicos que el 75% siempre la desempeña.

Tabla 8 Competencias 3.9 - 3.10 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | | | |
|-------------------------|------------|--------|---------------|-------|--------------|-----|---------|-----|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 3.9 | | | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | | ----- | 2 | 25% | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 2 | 50% | 1 | 25% |
| Competencia 3.10 | | | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5 % | 1 | 12,5% | 2 | 25% | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% | | |

Fuente: elaboración propia

4 GESIS nunca promueven la creación y el fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas (competencia 3.9), comparativamente con los otros 4 que siempre lo realiza.

La competencia 3.10 que corresponde a la participación activa 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 se hace evidente para el 37,5% de los GESIS, en contraste con el 75% de los médicos que casi siempre la cumple.

DOMINIO 4: POLITICA, PLANIFICACION, REGULACION 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.

Las normas internacionales que soportan el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS); puntualmente la OMS/OPS en el 2013 (2) establecieron aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria en salud (APS) y a través de tres áreas críticas aumentar tal acceso: “1.Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en salud; 2.Reforma a la educación profesional para apoyar los sistemas de salud en APS y progreso hacia la cobertura universal y 3. Equipos de APS empoderados y orientados a la comunidad” (2).

Tabla 9 Competencias 4.1 - 4.4 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Siempre | % |
| Competencia 4.1 | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 4 | 50% |
| Medico | 1 | 25% | 3 | 75% |
| Competencia 4.2 | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 4 | 50% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 4.3 | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 4 | 50% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 4.4 | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | 3 | 75% |

Fuente: elaboración propia

En la competencia 4.1 el 50% de los Gesis y el 75% de los Médicos siempre aplican 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.

El 75% de los médicos protegen siempre en toda política pública sectorial o extra sectorial en el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población (competencia 4.2), mientras que el 50% de los GESIS manifiestan no hacerlo nunca, situación similar sucede con la competencia 4.4, evaluar las necesidades y problemáticas de los

individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervenciones y optimizar sus resultados.

Tabla 10 Competencias 4.5 - 4.7 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | |
|------------------------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 4.5 | | | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 3 | 37,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | 2 | 50% | 2 | 50% |
| Competencia 4.6 | | | | | | |
| GESIS | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 4.7 | | | | | | |
| GESIS | 1 | 12,5% | 2 | 25% | 3 | 37,5% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |

Fuente: elaboración propia

Para ambos grupos de profesionales el 50% siempre y casi siempre, lideran 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 los determinantes sociales, correspondiente a la competencia 4.5.

La categoría casi siempre en la competencia 4.6, representado en un 37.5% de los Gesis participan 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, mientras el 75% de los médicos siempre lo hacen.

Así mismo, el 37,5% de los profesionales en Gesis reconocen la planificación y la toma de decisiones como un proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud (competencia 4.7), y los médicos lo identifican en el 75% de sus actividades.

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.

Tabla 11 Competencias 5.1 - 5.8 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | |
|------------------------|------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Casi Siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 5.1 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 5.2 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | | ----- | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 5.3 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 3 | 37,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 5.4 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 3 | 37,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 5.5 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 3 | 37,5% | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | 2 | 50% | 1 | 25% |
| Competencia 5.6 | | | | | | |
| GESIS | 3 | 37,5% | 3 | 37,5% | 2 | 25% |
| Medico | | ----- | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 5.7 | | | | | | |
| GESIS | 1 | 12,5% | 2 | 25% | 4 | 50% |
| Medico | | ----- | | ----- | 3 | 75% |
| Competencia 5.8 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | | ----- | 4 | 50% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | 3 | 75% |

Fuente: elaboración propia

Las competencias 5.1, 5.2, y 5.3, son respectivamente: 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; 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; y 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. El 50% de los profesionales en Gesis nunca lo hacen, en comparación con el 75% de los médicos que siempre lo hacen.

El 62,5% de los Gesis casi siempre y siempre identifican 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 (Competencia 5.6), y el 75% de los médicos siempre lo hacen. La competencia 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, tanto Gesis como Médicos refieren en un 75% siempre desempeñar estas actividades.

En los profesionales encuestados, existe una clara relación entre las funciones ejercidas dentro del equipo de Salud Pública con respecto al “Dominio 5”; que tienen como finalidad garantizar el acceso a los servicios de Salud, sin barreras, promoviendo la calidad y seguridad al ser brindada, desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades. Lo anterior guarda relación con los resultados obtenidos en la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública de las Américas (28), especialmente con la FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. “Esta función presenta un desempeño intermedio para la Región, a pesar de que existen países con desempeño inferior, es importante destacar que hay un número considerable de países que presentan un desempeño superior al 70% respecto de los estándares utilizados, lo que, de alguna manera, refleja los esfuerzos destinados a este objetivo en materia de salud” (28).

El 50% de los Gesis y el 75% de los Médicos siempre estimulan y participan en equipos multidisciplinares con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud (competencia 5.8).

DOMINIO 6: SALUD GLOBAL E INTERNACIONAL: 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.

Tabla 12 Competencias 6.1 - 6.2 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | | | |
|------------------------|------------|------|---------------|--------|--------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 6.1 | | | | | | | | |
| GESIS | 2 | 25 % | 1 | 12,5 % | 3 | 37,5% | 1 | 12,5% |
| Medico | 1 | 25 % | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 6.2 | | | | | | | | |
| GESIS | 2 | 25 % | 2 | 25% | 1 | 12,5% | 2 | 25% |
| Medico | 1 | 25 % | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

En la competencia 6.2 que hace referencia a reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en salud para avanzar en la responsabilidad global, 4 de los Gesis nunca o algunas veces la realiza, mientras que 3 de los profesionales de Medicina siempre lo hacen.

Tabla 13 Competencias 6.3 - 6.6 y pregrado

| PREGRADO | Categorías | | | | | |
|------------------------|------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % |
| Competencia 6.3 | | | | | | |
| GESIS | 6 | 75% | 2 | 25% | | ----- |
| Medico | | ----- | 2 | 50% | 1 | 25% |
| Competencia 6.4 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | | ----- | 3 | 37,5% |
| Medico | | ----- | 2 | 50% | 1 | 25% |
| Competencia 6.5 | | | | | | |
| GESIS | 4 | 50% | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% |
| Medico | 1 | 25% | 1 | 25% | 2 | 50% |
| Competencia 6.6 | | | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 1 | 12,5% | 3 | 37,5% |
| Medico | | ----- | 1 | 25% | 2 | 50% |

Fuente: elaboración propia

Al analizar la competencia 6.3, promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas, y la competencia 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 Américas; para el caso de los Gesis corresponde a la categoría de nunca en un 75% y 50% respectivamente, mientras que ambas competencias en un 50% de los médicos, algunas veces las desempeñan.

3 de 8 Gesis y 2 de 4 médicos casi siempre contrastan diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejan 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 (Competencia 6.5).

Tabla 14 Competencias 6.7 - 6.8 y pregrado

| PREGRAD O | Categorías | | | | | | | |
|------------------------|------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|---------|-------|
| | Nunca | % | Algunas veces | % | Casi siempre | % | Siempre | % |
| Competencia 6.7 | | | | | | | | |
| GESIS | 2 | 25% | 2 | 25% | | | 4 | 50% |
| Medico | 1 | 25% | | ----- | | | 3 | 75% |
| Competencia 6.8 | | | | | | | | |
| GESIS | 5 | 62,5% | 1 | 12,5% | 1 | 12,5% | | ----- |
| Medico | 1 | 25% | 1 | 25% | 2 | 50% | | ----- |

Fuente: elaboración propia

La competencia 6.7 que corresponde a 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, el 50% y 75% de Gesis y Médicos respectivamente siempre lo hacen.

Mientras que en la competencia 6.8 los Gesis en el 75% y los médicos en el 50% nunca y algunas veces utilizan 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.

Para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en Colombia; como medida estratégica es importante lograr la equidad y desarrollo sostenible, mediante un impacto positivo sobre los determinantes sociales de la salud, conociendo las condiciones de una población, la fuerza que ejerce la enfermedad sobre la población sana, entre otros (29). Frente a esto se busca Incorporar la salud en todas las políticas sociales y de desarrollo: que todos los sectores se sientan parte de este objetivo común y que haya un liderazgo indelegable de gobernadores y alcaldes, junto con una transformación positiva de la autoridad sanitaria nacional y territorial que recupere las capacidades básicas para gestionar la salud (12, 29).

8.3 ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN LA SUBREGIÓN VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA.

Para este análisis se realizó la prueba Chi cuadrado (χ^2) para determinar la asociación estadística entre las variables denominadas dominios con sus respectivas competencias, con las variables tiempo en el cargo, pregrado, y tipo de funciones, cuyos resultados se consolidaron en las siguientes tablas, representando únicamente aquellos datos en donde se evidencio una $P < 0.05$.

Para los Dominios 1, 3, 4 y 6 no se encontró asociación entre las competencias y las variables en estudio. En relación a esto, el estudio realizado para la evaluación de las Funciones Esenciales en Salud Pública manifiesta: “Es importante señalar como área de preocupación el desempeño bajo observado en la función de desarrollo de recursos humanos (FESP 8), realidad muy a tener en cuenta, si se considera que el futuro fortalecimiento de la salud pública pasa por el desarrollo de competencias de los recursos humanos” (28). Esto coherente con que no hay un suficiente interés en cuanto a la formación y fortalecimiento del personal en Salud Pública; factor que potenciaría la calidad para brindar servicios de salud conformes a las diferentes condiciones socioculturales de la población. Cuando se habla de poco interés es en cuanto a que si bien existe la motivación para avanzar con una educación continua en Salud pública por medio de convenios educativos y académicos, no se tiene un estándar definido para dicho nivel de formación “políticas y normas claras que permitan asegurar un nivel adecuado de formación del personal” (28). Tampoco un esquema de evaluación acorde a dichas políticas y por otro lado poca permanencia del personal ya “calificado”, ni mecanismos que busquen en el empleado un apoderamiento de su cargo generando así discontinuidad en los procesos.

Tabla 15 Significancia estadística entre competencias del Dominio 2 con tiempo, pregrado y funciones.

| DOMINIO 2: Vigilancia y control de riesgos y daños. | TIEMPO | | PREGADO | | FUNCIONES | |
|---|----------------|-------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | X ² | Sig. | X ² | Sig. | X ² | Sig. |
| 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. | 7,413 | 0,284 | 9,000 | 0,029 | 3,600 | 0,308 |
| 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. | 2,067 | 0,723 | 6,000 | 0,050 | 1,500 | 0,472 |
| 2.5 Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población. | 4,000 | 0,406 | 8,400 | 0,015 | 6,600 | 0,037 |
| 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. | 6,800 | 0,340 | 9,000 | 0,029 | 5,250 | 0,154 |
| 2.10 Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión. | 3,814 | 0,702 | 9,750 | 0,021 | 2,036 | 0,565 |
| 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. | 4,133 | 0,388 | 5,063 | 0,080 | 0,563 | 0,755 |
| 2.12 Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud. | 5,200 | 0,518 | 8,063 | 0,045 | 3,563 | 0,313 |

Fuente: elaboración propia

En el Dominio 2 se observan las competencias 2.3, 2.4, 2.8, 2.10, 2.11 y 2.12 que tienen relación con la variable pregrado y la competencia 2.5 es la única que tiene asociación con dos variables: pregrado y funciones; según los resultados del estadístico de prueba X^2 , considerando significancia estadística el valor de $P < 0.05$

Tabla 16 Significancia estadística entre competencias del Dominio 5 con tiempo, pregrado y funciones.

| DOMINIO 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos. | TIEMPO | | PREGADO | | FUNCIONES | |
|--|--------|-------|---------|--------------|-----------|--------------|
| | X^2 | Sig. | X^2 | Sig. | X^2 | Sig. |
| 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. | 4,700 | 0,583 | 8,625 | 0,035 | 8,625 | 0,035 |
| 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. | 4,053 | 0,669 | 6,600 | 0,086 | 9,000 | 0,029 |
| 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. | 5,057 | 0,537 | 2,036 | 0,565 | 8,143 | 0,043 |

Fuente: elaboración propia

Con respecto al Dominio 5 se evidencia que las competencias 5.6 y 5.7, muestran asociación con la variable funciones, y solo la competencia 5.3, muestra asociación con las variables pregrado y funciones según los resultados del estadístico de prueba X^2 , considerando el valor de $P < 0.05$.

8.4 IDENTIFICAR LA CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA, DE LOS MÉDICOS Y GESIS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN LA SUBREGIÓN DEL VALLE DE ABURRA, ANTIOQUIA.

En este estudio el análisis de correspondencias no se realizó con las variables que presentaron asociación según el resultado de la prueba Chi Cuadrado, dado que el número de categorías de las variables es menor a 3, por lo tanto, no aplica este tipo de análisis.

Los resultados mostrados en este estudio, permiten obtener información acerca de los perfiles profesionales y tipo de funciones en relación al perfil ocupacional que están ejerciendo. Lo anterior hace reflexionar acerca de si se está logrando o no uno de los “desafíos” establecidos en la década de los recursos humanos por los Países de las Américas, y la OPS/OMS en 2005 “colocar personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo a las necesidades de salud de la población” (28).

Además dentro de lo que establece el Plan Decenal de Salud Pública existe una dimensión denominada: “El Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud”, que busca cumplimiento óptimo de las funciones de regulación, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social y provisión adecuada de servicios de salud (29). Es claro con lo anterior, que inmerso a ello debe ir el fortalecimiento de todos los actores y sus roles en los equipos de salud pública para brindar un servicio donde la garantía de calidad y humanización sea parte esencial de la cultura de todas las instituciones.

9 CONCLUSIONES

1. Los profesionales que conforman los equipos de Salud Pública en el Valle de Aburrá tienen formación profesional, que cumplen en su mayoría funciones de carácter administrativo. Quienes conforman dichos equipos son población Joven, edad promedio 38 años y predomina el sexo masculino; Que reconoce el desempeño de funciones multidisciplinarias que apuntan a desarrollar el modelo de competencias establecido por el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP).
2. Existe el tipo de contrato a término fijo y por prestación de servicios para los profesionales de estos equipos; La aspiración Salarial del Médico en comparación al Gesis duplica su valor pudiendo incluso triplicarlo y en relación a esto el Médico ejerce por tanto un rol más de tipo Directivo-Administrativo sin dejar de desempeñar funciones multidisciplinarias, manifestado por ellos mismos.
3. Es de resaltar como en la subregión del Valle de Aburrá, Medellín cuenta con la Escuela Nacional de Salud Pública y de la mano con la Universidad de Antioquia es pionera para la formación de profesionales en GESIS del país; las competencias laborales desempeñadas bajo la formación académica que reciben en torno a un modelo multidisciplinario y transdisciplinario se articulan de manera idónea dentro de los equipos de Salud Pública.
4. Los profesionales que conforman los equipos de salud Pública, realizan actividades diarias que para su desconocimiento son las competencias esenciales en Salud Pública ya estandarizadas Internacionalmente. No obstante, las competencias que desempeñan están inmersas en las funciones asignadas a su cargo y su perfil profesional (pregrado), le permite tener las bases para desempeñar dichas funciones. Desconocen además que estas competencias se organizan en Dominios; en el Valle de Aburrá se observó mayor desempeño en dos dominios específicos, vigilancia y control de riesgo y daños y equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos.
5. El tiempo que los profesionales han permanecido en sus cargos, no tiene relación alguna con el desempeño de dichas competencias y no determina el cumplimiento de las mismas.
6. No se encontró correspondencias con las variables que presentaron asociación según el resultado de la prueba Chi Cuadrado.

10 RECOMENDACIONES

1. La Salud Pública cada vez se encamina a lo multisectorial y con la interdisciplinariedad que el desarrollo científico y en educación convocan, es importante identificar que desde la condición de una región, su idiosincrasia y situación de vida se establezcan las necesidades primordiales para así lograr en los equipos de Salud Pública dar cumplimiento a dichas necesidades; llevando así a conformar con personal idóneo, capacitado, sin intereses más allá de los de la comunidad y su bienestar, para ejercer las funciones que abarquen en lo posible las ya establecidas Funciones Esenciales en Salud Publica.
2. Los médicos que desarrollan funciones en salud pública en esta región, tienen una formación de pregrado tradicional y pocos profundizan hacia la rama de la Salud Pública; por lo tanto intentar modificar un modelo histórico, sería plantear un nuevo reto; no obstante, la posibilidad de fortalecer los niveles superiores de formación, especialización o maestría específicamente en Salud Publica, para tener personal mejor entrenado, brindaría la posibilidad de conocer y apropiar las competencias esenciales en pro de un buen desarrollo de la Salud Publica.
3. Desde los entes gubernamentales lograr establecer los lineamientos para desempeñar cargos como directores o administrativos en los equipos de Salud Pública y que además de su formación académica puedan acceder a un proceso de aprendizaje continuo desde lo teórico y lo práctico, intentaría cumplir lo que internacionalmente se plantea como el fortalecimiento del Talento Humano en Salud; mayor participación de diversos actores, nuevas políticas y propuestas para la distribución del recurso y la reorientación de la educación en torno al modelo de la atención primaria en salud.

11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tuvo las siguientes limitaciones; en primer lugar, el número de participantes en total fue una muestra reducida, dado que no todos los equipos de Salud Pública cuentan con Médicos y Gesis. Por otro lado; la búsqueda de información para el referente teórico en la caracterización del profesional Gesis y discusión con los resultados obtenidos es poca en la literatura; posiblemente en relación a que es un programa exclusivo ofrecido por la Universidad de Antioquia bajo lineamientos de la Escuela Nacional de Salud Pública. En tercer lugar, la no participación del municipio de Medellín, pese a las múltiples solicitudes enviadas y no obtener respuesta aun tras la comunicación lograda con la Directora Técnica de planeación de la secretaria de salud, quien permitiría acceder a la información de este municipio.

12 REFERENCIAS

1. Ortiz-Monsalve LC, Cubides-Zambrano JH, Restrepo-Miranda DA. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. *Superintendencia Nacional de Salud* 2013(4):63-68.
2. Mesa-Lopera DC, Restrepo-Miranda DA, Rivillas García JC, Cuellar-Segura JC, Ortiz-Monsalve LC. Observatorio de Talento Humano en Salud. *OTHS Colombia*. 2015:15-67.
3. Betancourt JA. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(5):359–63.
4. F Sim KL, M McKee. Optimización del perfil del personal de salud pública: la experiencia británica. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2007; 85:901-980.
5. Benavides F, Moya C, Segura S, Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Sociedad Española de Epidemiología; Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 2006; 20(3):239-43.
6. Arroyave-Buritica MC, Giraldo-Prieto ME, Gonzalez-Ramirez M. 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. *2007; 12:179-192*.
7. Osorio-Gómez JJ, Estrada-Grueso JM, Croso-Morales LM, Barker Co, Herrera- Murgeitio JA, Lopez-Rivas E. Reflexiones sobre la formación de profesionales de la Salud. *ASCOFAME* 2012; 2:32-35.
8. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. [Online].; 2017 [citado 2017 mayo 18. Disponible en: www.udea.edu.co
9. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Ronda E, Ortiz-Moncada R. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gaceta sanitaria* 2009;23(1):5-12.

10. Fernández M, Martínez A. “Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia. Colombia. 2003” OPS/OMS; Dirección Seccional Salud Antioquia-Medellín, 2003. p. 10-48.
11. Mosquera-Bahamón Y. Salazar Piñeros F. (dir) Caracterización Ocupacional del Psicólogo en el área de Salud Pública en el Departamento del Huila. [Tesis]. [Manizales]: Universidad Autónoma de Manizales; 2015.
12. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 414-424.
13. Congreso de Colombia ley 1438. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2011 [citado 2017 Noviembre 14]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
14. ASIS - Analisis de Situación de Salud Departamento de Antioquia, 2013. 2014:14-151.
15. Quintero RS, Carmona-Maya SI, Mora-Luna AM, Alvarez-Muñoz DC. Plan Integral de desarrollo Metropolitano. METROPOLI 2008-2020. 2007:15-160.
16. Ceballos M, Brito I, Quezada E. Las mejores ciudades para hacer negocios en América Latina. Ame Econ. [Online] 2010. [citado 2015 Oct 14] Disponible en: <http://rankings.americaeconomia.com/2010/mejoresciudades/>
17. Congreso de Colombia Ley 1751 de 2015. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2015 [citado 2017 Noviembre 15] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
18. Decreto Unico Reglamentario Sector Salud y Protección social. Decreto Número 0780 de 2016. Ministerio de Salud y protección Social [Online].: 2016. [citado 2017 Noviembre 23] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Decreto%200780%20de%202016.pdf>
19. Congreso de Colombia Ley 1164. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2007 [citado 2017 Noviembre 14]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

20. Ministerio de salud y protección social. Decreto 0429. [Online].; 2016 [citado 2017 Noviembre 14]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
21. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. 2002:247-252. CINTERFOR-OPS.
22. Ducci A. El Enfoque de Competencia Laboral en la Perspectiva Internacional, en Formación basada en competencia laboral. 1996:15-26.
23. Instituto de Salud Pública. Universidad Javeriana. [Online]; 2009 [citado 2017 Agosto 21] Disponible en : http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf.
24. Ospina L JE, Giraldo-Samper D. El análisis de las reformas curriculares en las facultades de medicina de Colombia. ASCOFAME 1999.
25. Congreso de Colombia Ley 30. Ministerio de Educación. [Online] 1992. [citado 2017 Agosto 26] Disponible en: https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_ley_3092.pdf
26. Haerberlin- Baquero R, Maldonado- García MA, Castellano- Robayo J, Salazar- Lopez R, Escobar- Cifuentes E, Beltrán- Dussan E. Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia. 2013.
27. OPS. LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO 2006-2015: Una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. [Online] 2005. [citado 2018 Enero 5] Disponible en: www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/.../OPS_desafios_toronto_2005.pdf
28. Resultados de la medición de las funciones esenciales en las Américas. [citado 2018 Enero 5] Disponible en: www.digesa.minsa.gob.pe/publicaciones/descargas/.../americas/11--CH11--127-238.pdf
29. Ministerio de salud y protección social MinSalud. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá; 2012 [citado 2018 Enero 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.

13 ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

Título de la investigación:

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública, que desempeñan los médicos y los profesionales en Gerencia de Sistemas de Información en Salud (GESIS) de los equipos de Salud Pública en la Subregión Valle de Aburrá, Antioquia 2016 - 2017.

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 _____, estudiante de la Maestría en salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

- Aplicación de encuesta de caracterización sociodemográfica
- Aplicación de la encuesta para recoger información relacionada con las funciones propuestas por el Marco Regional de funciones Esenciales en Salud Pública.
- Entrevista abierta semi-estructurada individual

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.

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 miembros de mi familia y terceras personas.

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

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

HUELLA

Anexo 2: Carta de solicitud de información

Manizales Agosto 14 de 2017



Doctor

LUIS ARTURO SÁNCHEZ

Secretario de salud

Bello

Respetado doctor,

La portadora de esta carta es Beatriz Eugenia Cárdenas Cotrino, identificada con la cc No. 1032361158. Ella es estudiante de la Maestría en Salud Pública, MSP, de la Universidad Autónoma de Manizales, UAM y está participando en un proyecto multicéntrico de investigación denominado: Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en cinco departamentos de Colombia, 2016-2017.

Esta estudiante realizará la investigación en la subregión Valle de Aburrá del departamento de Antioquia.

Para avanzar en esta investigación solicitamos su autorización para acceder a la base de datos de las personas que están vinculadas a los equipos de salud pública en la subregión Valle de Aburrá del departamento de Antioquia y la agenda de las reuniones de estas personas para solicitar su participación en la recolección de la información.

La información que usted nos suministre será tratada preservando la confidencialidad y el anonimato y será custodiada por la Universidad Autónoma de Manizales.

Agradezco su atención y valioso apoyo a la investigación, cuyos resultados serán socializados en su territorio con quienes usted disponga.

Eugenia Nieto Murillo

Coordinadora académica MSP, UAM

eunieto@autonoma.edu.co

Teléfono fijo 58 727272. Extensión 107-184

Anexo 3: Instrumentos de recolección de Información

- Cuestionario sociodemográfico

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública, que desempeñan los médicos y los profesionales en Gerencia de Sistemas de Información en Salud (GESIS) de los equipos de Salud Pública en la Subregión Valle de Aburrá, Antioquia 2016 – 2017

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| Fecha: | | Territorio: | | Entidad (indicar opciones con su respectiva numeración) | |
| Código: | | Edad: | | Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino | |
| Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1. Pregrado <input type="checkbox"/> 2. Especialización <input type="checkbox"/> 3. Maestría <input type="checkbox"/> 4. Doctorado | Nombre del pregrado: Nombre del postgrado: _____ | Fecha (año) del último título obtenido: | Cargo desempeñado en la entidad: | | |
| Tiempo de experiencia en el sector salud: (en meses cumplidos) | Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> 1. Prestación de servicios <input type="checkbox"/> 2. A término fijo <input type="checkbox"/> 3. Indefinido Duración del contrato (En meses) _____ | Salario mensual actual: \$ _____ | Llegó a su cargo por: <input type="checkbox"/> 1. Convocatoria <input type="checkbox"/> 2. Designación <input type="checkbox"/> 3. Recomendación | | |
| Razones de su contratación: | | | | | |
| Principales funciones que desempeña en ese cargo: | | | | Sus funciones son: <input type="checkbox"/> 1. Disciplinares <input type="checkbox"/> 2. Multidisciplinares <input type="checkbox"/> 3. Ambas | |
| Qué otras profesiones o disciplinas integran el equipo | | | | | |

- Instrumento MRCEP- Instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los profesionales que participan en este estudio

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.

| 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 | | Nunca | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No lo Se |
|---|---|--------------|----------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 1.6 | Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--------------|----------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| 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 | | | | | |
| 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 | | Nunca | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No lo Se |
| 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. | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 2.5 | Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población. | | | | | |
| 2.6 | Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 2.10 | Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 2.12 | Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud. | | | | | |
| 2.13 | Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 3.4 | Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 3.6 | Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | Nunca | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No lo Se |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | Nunca | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No lo Se |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--------------|----------------------|---------------------|----------------|-----------------|
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 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. | | Nunca | Algunas Veces | Casi Siempre | Siempre | No lo Se |
| 6.1 | Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global. | | | | | |
| 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. | | | | | |
| 6.3 | Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas. | | | | | |
| 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 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 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. | | | | | |
| 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. | | | | | |

¡Agradecemos su valiosa participación!