



**“CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS
COMPETENCIAS ESENCIALES LOS FISIOTERAPEUTAS Y
ADMINISTRADORES PÚBLICOS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD
PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 2017”**

MAESTRANTE

ÁNGELA CAROLINA GARCÍA ALZÁTE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES, COLOMBIA

2018

**“CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS
COMPETENCIAS ESENCIALES LOS FISIOTERAPEUTAS Y
ADMINISTRADORES PÚBLICOS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD
PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 2017”**

DIRECTOR TRABAJO DE GRADO

DIANA PATRICIA JARAIMLLO ORTEGÓN

COINVESTIGADORES

EUGENIA NIETO MURILLO

JOSÉ HERNÁN PARRA SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES, COLOMBIA

2018

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2016-2017. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal que consideró datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa en su desarrollo. La población estuvo conformada por todos los profesionales en Fisioterapia y Administración Pública que conforman los equipos de salud pública en Caldas. La población se obtuvo de la base de datos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. La información se recolectó mediante la utilización de técnicas como la entrevista abierta y la encuesta para ser analizadas de acuerdo a su naturaleza. **Resultados:** Los profesionales con menor tiempo en el cargo usan más la evidencia del nuevo conocimiento para recomendar acciones en favor de la salud, evalúan permanentemente los procesos críticos y la efectividad de las acciones de promoción de la salud para lograr cambios a nivel comunitario, y aplican los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud. En contraste con los Fisioterapeutas y Administradores Públicos con mayor tiempo en el cargo que solo algunas veces o nunca lo hacen. **Conclusiones:** Es necesario continuar fortaleciendo los equipos de salud pública, con mayor número y variedad de profesionales que puedan responder a las necesidades en salud de una comunidad cambiante en características, necesidades y potencialidades.

PALABRAS CLAVE: Salud Pública, Fisioterapia, Administración.

ABSTRACT

Objective: To identify the correspondence between occupational competencies and competencies in public health competencies of physiotherapists and public administrators that make up the public health teams in the department of Caldas, 2016-2017.

Methodology: Descriptive, transversal study of its qualitative and quantitative information in its development. The population was made up of all the professionals in Physiotherapy and Public Administration that make up the public health teams in Caldas. The population was obtained from the database of the Territorial Health Directorate of Caldas. The information was collected through the use of techniques such as the open interview and the survey to be analyzed according to their nature. **Results:** Professionals with the least time in loading the benefits of health, permanently evaluate their processes and compliance with health promotion actions to achieve changes at the community level, and Utilize the conceptual, technical foundations and basic methodologies to contribute to the guarantee of equity and the fundamental right to health. In contrast to the Physiotherapists and Public Administrators with more time in the load than only sometimes or never. **Conclusions:** it is necessary to continue strengthening the public health teams, with a greater number and variety of professionals that can respond to the health needs of a changing community in terms of characteristics, needs and potential.

KEYWORDS: Public Health, Physiotherapy, Administration.

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACION	9
2	PROBLEMATIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	10
3	CARACTERIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS.....	18
3.1	LOCALIZACIÓN	18
3.2	Contexto sociodemográfico.....	20
4	REFERENTE TEÓRICO.....	24
4.1	TALENTO HUMANO.....	24
4.2	PROFESIONALES AFINES EN EL AREA DE SALUD PÚBLICA.....	26
4.2.1	Fisioterapia.....	27
4.2.2	Administración Pública	37
4.3	CONCEPTO DE SALUD	41
4.4	SALUD PÚBLICA.....	43
4.5	FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA	45
4.6	COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA.....	53
5	OBJETIVOS	56
5.1	Objetivo General	56
5.2	Objetivos Específicos	56
6	METODOLOGÍA PROPUESTA	57
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS:	59
8	CONCLUSIONES	98
9	RECOMENDACIONES	100
10	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	101

11	RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES BENEFICIARIOS:.....	102
11.1	Relacionados con la generación de conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos:.....	102
11.2	Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional:	102
11.3	Dirigidos a la apropiación social del conocimiento.....	102
12	ANEXOS.....	104
13	BIBLIOGRAFÍA.....	121

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Ubicación geográfica del departamento de Caldas	18
Ilustración 2 Pirámide Poblacional del Departamento de Caldas, 2005, 2015 y 2020	23
Ilustración 3 Relación entre la competencia 1.1. y la variable Tiempo en el Cargo	90
Ilustración 4 Relación entre la competencia 1.5 y la variable tiempo en el cargo	91
Ilustración 5 Relación entre la competencia 1.9 y la variable tiempo en el cargo	92
Ilustración 6. Relación entre la competencia 2.9 y la variable tiempo en el cargo	92
Ilustración 7 Relación entre la competencia 2.10 y la variable tiempo en el cargo	93
Ilustración 8 Relación entre la competencia 3.8 y la variable tiempo en el cargo	94
Ilustración 9 Relación entre la competencia 5.5 y la variable tiempo en el cargo	95
Ilustración 10 Relación entre la competencia 5.3 y la variable tiempo en el cargo	95

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia del departamento de Caldas	19
Tabla 2 Subregiones del departamento de Caldas.....	20
Tabla 3 Población por área de residencia departamento de Caldas, 2012.....	21
Tabla 4 Funciones Esenciales en Salud Pública.....	46
Tabla 5 Competencias en Salud Pública	54
Tabla 6 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	57
Tabla 7 Dominio 1. Análisis de la Situación de Salud.....	65
Tabla 8 Dominio 2. Vigilancia y Control de Riesgos y daños	68
Tabla 9 Dominio 3. Promoción de la Salud y Participación Social	71
Tabla 10 Dominio 4. Política, Planificación Regulación y Control	74
Tabla 11 Dominio 5. Equidad en el Acceso y Calidad en os Servicios Individuales y Colectivos...	77
Tabla 12 Dominio 6. Salud Global e Internacional.....	79
Tabla 13 Análisis de correspondencia.....	84

1 PRESENTACION

Este proyecto se realiza en el marco de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales, como parte de un estudio multicéntrico que busca determinar la correspondencia entre las competencias profesionales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que conforman los equipos de salud pública de los departamentos de Caldas, Quindío, Tolima Magdalena, Cauca y tres subregiones del departamento de Antioquia, en donde, para fines del presente proyecto se pretendió determinar el rol de los *Fisioterapeutas* y *Administradores Públicos* en los equipos de Salud Pública en el *Departamento de Caldas*, a partir de las directrices dadas por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), las Funciones Esenciales en Salud Pública, las Competencias en Salud Pública, la Atención Primaria en Salud (APS), la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, la Ley 528 de 1999, Resolución 412 del 2000, Ley 715 del 2001 y Resolución 425 de 2015, teniendo en cuenta que los actores y los roles desempeñados dentro de la salud pública y dentro de los equipos territoriales son diversas, por lo tanto sus ejes de acción están representados por diferentes profesionales que no necesariamente hacen parte del área de la salud, lo que actualmente representa un reto para los equipos de salud pública, al buscar lograr un desempeño articulado y sinérgico, que logre complementariedades, con el fin de aportar a los intereses y responder a las necesidades de las poblaciones.

2 PROBLEMATIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

A nivel global, las dinámicas de la salud son modificadas y direccionadas por diversos factores sociales, económicos, educativos, culturales, que generan transformaciones en los sistemas de salud en su capacidad de dar respuesta efectiva a las necesidades de adaptación y proactividad por parte de las autoridades sanitarias, al ser característico en países como Colombia, la escasa visión sistémica y la insuficiencia de políticas públicas que logre realmente impactar iniciativas plantadas internacionalmente, como es el caso de los Determinantes Sociales de la Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al no contar desde la base, con suficiente y capacitado talento humano en salud para afrontar los requerimientos de una población, igualmente en constante cambio. (1)

Es por esto que se han realizado diversos esfuerzos por formar profesionales a partir de competencias, que estén en capacidad de establecer programas y estrategias integrales y contextualizadas, a las características y particularidades de cada región. Sin embargo, a pesar esta iniciativa, aún se encuentran dificultades para lograr tener profesionales de la salud más preparados para analizar y proponer acciones a partir de la lectura de las comunidades y sus problemáticas, tal como lo han revelado algunos estudios realizados en el país, en donde los profesionales que hacen parte de los equipos de salud pública, no cuentan con las competencias necesarias para desempeñarse en este campo. (2).

Fue así como con la iniciativa “La Salud Pública en las Américas” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se buscó fortalecer la función rectora de los países en materia de salud pública, partiendo de la formulación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) como parte de una estrategia para mejorar el resultado de las acciones, en las que se incluye, la octava función, encargada del “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”, evaluada como una de las más sacrificadas por bajo desempeño, superando la concepción del número insuficiente de profesionales capacitados, sino trasladando la responsabilidad de su calificación, al pobre desempeño que los profesionales tienen en áreas tan exigentes como la salud pública. (1)

Tradicionalmente 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 profesional en campos cada vez más estrechos, sin embargo, un buen número de los profesionales de la salud en la actualidad no desempeñan su ejercicio profesional en el área clínica. Esto debido a varios factores entre ellos los mencionados anteriormente, así como a la ampliación de los campos de acción y los escenarios de actuación, como respuesta a la necesidad de fortalecer los equipos de salud con profesionales tanto propios, como de otras carreras, que aunque habitualmente no se desempeñaran en el área, a partir del aporte de sus propias disciplinas, se logra fortalecer los equipos, ayudando a solucionar las problemáticas contenidas en la sociedad y sus demandas sociales y en salud.

Es así como se ha encontrado en la diversidad del talento humano derivado de los diferentes perfiles profesionales, un factor clave para el funcionamiento de los sistemas de salud; sin embargo, los resultados aún están en camino, dentro de los principales retos está el lograr adecuar la fuerza laboral, de manera que puedan responder adecuadamente a las necesidades derivadas de los cambios en los sistemas de salud, ubicar el personal adecuado en el lugar adecuado tanto geográficamente como en sus funciones, regular su migración, lograr condiciones laborales apropiadas, y propender por una formación para un modelo de atención universal y equitativo de prestación de servicios de salud (OPS/OMS, 2007)

En éste sentido, la evolución disciplinar que han tenido profesiones como la administración pública y la fisioterapia son evidentes. Para hablar un poco de la primera, se ha encontrado una profesión que ha venido incursionando cada vez más en el campo de la salud pública, pues al tratarse de una profesión muy amplia, se logra favorecer a partir de sus campos de acción, el desempeñarse no solo en diferentes áreas tradicionales para la fisioterapia, como la clínica, sino también incursionar y tener un papel importante en áreas administrativa y de la salud pública.

Cuando se identifica la forma tradicional de las acciones del fisioterapeuta en pro de la salud de los individuos, se tiene una concepción centrada en la intervención y rehabilitación de patologías, respondiendo al quehacer clínico del profesional, sin embargo el profesional actual requiere tener una mirada integral del individuo, situado en el contexto en el que éste crece y se desarrolla, lo que le exige, integrar al conocimiento clínico, las características comunitarias y sociales que de forma bidireccional afectan la salud. Esta aplicación práctica y en contexto de la fisioterapia en los últimos años ha venido teniendo otras miradas, basados en los nuevos modelos retomados desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); dando oportunidad a los fisioterapeutas de desarrollarse en su rol clínico, científico y en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde diferentes niveles de prevención y áreas de desempeño profesional como parte activa de los equipos de salud pública (3).

De otro lado, para los administradores públicos debido a la naturaleza de su ejercicio disciplinar, el camino hacia la salud pública ha sido más cercano, pues sus principales funciones están enmarcadas en el relacionamiento y trabajo conjunto con el Estado y otras entidades de carácter público, generando estrategias orientadas a facilitar la capacidad institucional y efectividad del Estado y de las organizaciones no estatales, teniendo una relación más próxima con el área, a partir del diseño, dirección, ejecución de políticas propias del ámbito público.

Es así como el departamento de Caldas, respondiendo a los lineamientos planteados en el Plan Decenal de Salud Pública, ha permitido fortalecer el campo de la salud pública, a través de profesionales adscritos a su Dirección Territorial, enfocando sus estrategias de intervención en aspectos como determinantes de la salud, desigualdades en salud, dimensiones en salud, análisis de la situación en salud, abarcando las intervenciones y estrategias en salud teniendo en cuenta la participación y la mirada desde diversas profesiones, no solo del campo propio, sino que ha venido vinculando otro tipo de profesionales no “tradicionales” dentro de sus equipos, lo que ha permitido no sólo ampliar los conocimientos y las prácticas en salud pública, sino también direccionar las estrategias de intervención desde aspectos de formación en educación en salud, epidemiología,

realización y ejecución de políticas en salud, gestión o gerencia en salud pública, entre otros, a partir del enriquecimiento y fortaleza que se encuentra en equipos de salud pública cada vez más nutridos.

En ese orden de ideas se ha venido reconociendo que la salud pública no es sólo un campo de conocimiento multi e interdisciplinario, es también una práctica social inevitablemente intersectorial, en la medida en la que no hay función de la salud pública que no requiera, en mayor o menor grado, la cooperación con otros sectores. Por eso, uno de los desafíos de la salud pública es asegurar esa cooperación entre perfiles profesionales y la cooperación intersectorial, teniendo en cuenta que las exigencias y necesidades actuales, requieren de equipos de salud pública complementados y fortalecidos de acuerdo a las características del contexto y de las demandas teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos y sus características demográficas (4), tal como lo plantea el Plan Decenal de Salud pública, con la definición de dimensiones prioritarias y transversales que representan aspectos fundamentales, deseables, para lograr un bienestar en los individuos sin importar género, etnia, ciclo de vida.

De allí la importancia y pertinencia de la inclusión de diversas profesiones en el área de salud pública, trabajando desde la interdisciplinariedad para dar respuesta a las necesidades existentes en la salud pública a nivel Departamental, nacional y mundial, desde ámbitos individuales, de conglomerados o colectivos, en donde se tiene diversos contextos; de manera que se puedan establecer intervenciones eficientes y eficaces con ayuda de diferentes profesionales que participan en la salud pública, partiendo del reconocimiento del aporte que cada una puede dar.

Es por medio de las FESP, que se describen y se tienen en cuenta las competencias y acciones necesarias que se deben de tener en cuenta en los equipos de trabajo, para lograr su fin último, -mejorar la salud de las poblaciones. Cada una de las FESP, requiere de trabajo en equipo, en donde cada profesión sea desarrollada no de forma separada, sino articulada y colaborativamente, a partir de las necesidades identificadas en la población.

Teniendo en cuenta, que tanto el fisioterapeuta como el administrador público tienen una participación en la sociedad, influyendo en factores políticos, económicos, sociales y culturales, lo que facilita promover mejores condiciones de vida y de salud, se plantea, para el presente estudio la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2017?

Para lograr dar respuesta a este planteamiento, se debe tener en cuenta que los cambios constantes en la salud, desde su definición, prácticas, costumbres, aplicaciones, leyes y planes de ordenamiento territorial, han llevado a la necesidad de ampliar la salud como campo de acción a otros niveles diferentes, en los que la participación e interacción de los grupos de trabajo, debe facilitar su intervención en pro de garantizar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera tanto individual como colectiva, tal como se abarcan los diferentes campos de la salud, los cuales están fundamentados y determinados por los niveles de atención, como escenarios donde interactúan profesionales del área, pero también fuera de ella, por lo tanto éstos no son exclusivos para una sola profesión, sino espacios interprofesionales donde interactúan y convergen los diferentes saberes (5).

En Colombia la Ley 1164 de 2007 establece disposiciones sobre los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud. Entre sus disposiciones se encuentra la Creación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud como Organismo de apoyo a la definición de políticas en esta materia, igualmente el Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud, trabaja en “Proponer, diseñar y desarrollar estudios y proyectos relacionados con la formación, desempeño, y gestión integral del talento humano en salud (6) (7)”, siendo evidente en la actualidad, el gran número de profesiones que integran los equipos de salud y de salud pública, participando cada uno de los profesionales desde sus saberes, permitiendo así el trabajo articulado de los equipos en salud.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce a la fisioterapia en el año 1958 a partir de su objeto de estudio (el movimiento corporal humano), dándole un carácter de rehabilitación desde el ámbito clínico, según las capacidades de los individuos con alteraciones a nivel corporal, sin embargo, es evidente que esta definición se encuentra alejada de las necesidades de intervención hoy en día, en donde se busca contar con fisioterapeutas capacitados no solo para restaurar y adaptar la función perdida, sino también para desempeñarse en el área administrativa y de la salud pública, en pro del beneficio y salud de los colectivos.

Tal como es mencionado por Christian Cordero, los fisioterapeutas deben estar capacitados para desempeñarse desde los diferentes campos de acción, como lo son el de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la protección específica y recuperación de la salud, así como en los niveles de atención a la salud, articulando a su ejercicio el desarrollo científico y la capacitación permanente para adquirir conocimientos que garanticen una atención a la salud de forma continuada y permanente (8), lo que ubica al fisioterapeuta, como parte activa dentro de los equipos de salud pública, con una mirada más amplia y de mayor funcionalidad en el área de la salud, según el contexto en que se desenvuelva, de manera que se pueda contribuir a mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo social de las comunidades (3).

En este sentido, actualmente se ven esfuerzos de las instituciones de educación en modificar los planes de estudio, basándose en las competencias que los profesionales en formación deban adquirir. Entre ellas, las competencias establecidas en el área de la salud pública, las cuales contemplan las habilidades, aptitudes e idoneidad para hacer o realizar intervenciones en salud, lo que capacita al fisioterapeuta para enfrentar las realidades territoriales a partir del análisis particular, pero del mismo modo bajo un análisis global (9).

Con esto, se busca que el fisioterapeuta tenga en cuenta no solo al individuo, sino que también involucre la familia, la comunidad y el ambiente, como elementos indispensables para el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de ambientes sanos en pro de la mejora en la calidad de

vida y el desarrollo social, al vincularse activamente en la planeación y ejecución de programas y políticas en salud, en instituciones públicas y privadas en procesos de salud, vigilancia y control de enfermedades que pueden afectar los colectivos, dando respuesta del mismo modo, a la normatividad vigente y cambios constantes del sistema de salud enmarcados por los cambios sociales, los determinantes en salud, las acciones por disminuir las inequidades y los diferentes modelos de atención en salud establecidos.

Por otro lado, tal como ya ha sido mencionado, el administrador público a partir de las acciones integradoras del Estado y entidades públicas y privadas, resultan ser de importancia para el sector económico al convertirse en un elemento primordial para dar respuesta y satisfacer las principales demandas y necesidades sociales, permitiendo a su vez, el adecuado desarrollo de programas o proyectos políticos de una Nación (10).

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia en la actualidad como las instituciones en salud y entes territoriales en sus diferentes niveles, hacen valiosos esfuerzos para dar respuesta inmediata y a largo plazo a los eventos presentados, dándole responsabilidad a su capital humano, de formular las políticas, planes, programas y proyectos que permitan impulsar, coordinar, financiar y evaluar las acciones, así como brindar asesoría y asistencia técnica para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud. Todo este proceso no es posible llevarlo a cabo de forma satisfactoria desde las necesidades de intervención, con la actuación de una sola profesión, sino que es necesario un trabajo en equipo y una articulación interdisciplinaria, siendo fundamental y necesaria la presencia de diversas profesiones para trabajar en pro de la salud y salud pública, evidenciado en planteamientos como la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), refiriendo al Sistema de Salud como un conjunto articulado y armónico de principios y normas a disposición del Estado para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. (11)

Es por esto que las intervenciones en salud deben ser llevadas a cabo de una manera diferente, a partir del trabajo articulado e interdisciplinario entre los diferentes sectores, con rutas de actuación claras para atender las necesidades de la actualidad, exigiendo la

participación de profesionales de la salud y otras áreas, para el goce efectivo de la salud de la población, por lo que reconocer, articular y poner en marcha los conocimientos concretos sobre las acciones y competencias específicas de los fisioterapeutas y administradores públicos en el marco de la salud pública, ayudará a aproximar y fundamentar aún mejor, el papel que cada uno de los integrantes de los equipos de salud pública tiene, pero del mismo modo, como cada uno debe actuar de forma complementaria con sus otros pares de trabajo, por lo que se espera del presente estudio, un insumo que proporcione un poco más claridad sobre el que hacer de estos profesionales (fisioterapeutas y administradores públicos) en el sistema de salud y salud pública, teniendo mayor claridad sobre sus funciones realizadas versus las funciones esenciales en salud pública y competencias laborales. Favoreciendo la toma de decisiones en el sector salud según las necesidades de los territorios.

3 CARACTERIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

3.1 LOCALIZACIÓN

Caldas está ubicado en la subregión Andina del Eje Cafetero, de la cual también hacen parte los departamentos de Risaralda, Quindío, el Suroeste de Antioquia y el Norte del Valle del Cauca; localizado entre los 05° 46' 51'' y los 04° 48' 20'' de latitud norte, y los 74° 38' 01'' y 75° 55' 45'' de longitud oeste, siendo Manizales su capital. Limita por el Norte con el departamento de Antioquia, por el Este con el departamento de Cundinamarca, por el Sur con los departamentos del Tolima y Risaralda, y por el Oeste con el departamento de Risaralda.

Ilustración 1 Ubicación geográfica del departamento de Caldas



Fuente: Análisis de Situación de Salud-Caldas-2013

|1 con un alto porcentaje de su territorio en el área rural, entre los municipios con mayor extensión en la zona rural se encuentran Anserma, Aranzazu, Belalcázar, Chinchiná, Filadelfia, La Dorada, La Merced, Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Neira, Norcasia,

Pensilvania, Riosucio, Risaralda, Samaná, Supía, Victoria, Villamaría y Viterbo, es decir 20 de 27 municipios que corresponde al 74,1% (tabla 1).

Tabla 1 Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia del departamento de Caldas

Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia del departamento de Caldas					
MUNICIPIOS	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total
	Km2	Porcentaje	Km2	Porcentaje	Km2
Manizales	458,1	90,18	49,89	9,82	508
Aguadas	96,93	66,94	47,87	33,06	144,8
Anserma	1,8	0,87	204,6	99,13	206,4
Aranzazu	0,33	0,22	151,2	99,78	151,53
Belalcázar	0,2	0,17	114,1	99,83	114,3
Chinchiná	2,64	2,35	109,8	97,65	112,44
Filadelfia	0,5	0,26	191,5	99,74	192
La Dorada	29,3	5,1	544,7	94,9	574
La Merced	0,2	0,2	97,9	99,8	98,1
Manzanares	0,7	0,33	209	99,67	209,7
Marmato	17,9	81,5	4,06	18,5	21,96
Marquetalia	2,3	2,55	88	97,45	90,3
Marulanda	1,4	0,37	377,17	99,63	378,57
Neira	1,5	0,41	362,5	99,59	364
Norcasia	0,42	0,2	210,82	99,8	211,24
Pacora	96,93	66,94	47,87	33,06	144,8
Palestina	0,3	0,3	99,7	99,7	100
Pensilvania	0,9	0,18	512,1	99,82	513
Riosucio	3,5	0,81	426	99,19	429,5
Risaralda	0,21	0,2	108,17	99,8	108,38
Salamina	79,69	45,54	95,31	54,46	175
Samaná	0,47	0,06	760,55	99,94	761,02
San José	12	22,64	41	77,36	53
Supía	1,66	1,4	116,84	98,6	118,5
Victoria	2	0,39	505	99,61	507
Villamaría	1,4	0,3	459,6	99,7	461
Viterbo	0,7	0,62	111,7	99,38	112,4
Caldas	814	11,86	6047	88,14	6860,95

Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi - IGAC 2013

Caldas geográficamente se divide en 6 subregiones dadas las características culturales y socioeconómicas del territorio, así:

Tabla 2 Subregiones del departamento de Caldas

SUBREGIONES	MUNICIPIOS
Norte	Aguadas, Pácora, Salamina y Aranzazu
Occidente Alto	Marmato, La Merced, Filadelfia, Supía, Riosucio
Occidente Próspero	Anserma, Risaralda, San José, Belalcázar y Viterbo
Oriente	Marulanda, Manzanares, Pensilvania y Marquetalia
Magdalena	Caldense Victoria, Samaná, Norcasia y La Dorada

Fuente: Diagnóstico del Plan Acción 2013–2015 Corporación Autónoma Regional de Caldas - CORPOCALDAS
 Caldas está conformado por un total de 27 municipios, 22 corregimientos, 142 inspecciones de policía y 95 caseríos y 6 subregiones. Los municipios están agrupados en: 24 círculos notariales, con un total de 29 notarías.

Un círculo de registro con sede en Manizales y nueve oficinas seccionales con sede en Anserma, Aguadas, La Dorada, Manzanares, Pácora, Pensilvania, Riosucio y Salamina. Un distrito judicial en Manizales, con 10 circuitos judiciales en Manizales, Aguadas, Anserma, Chinchiná, La Dorada, Manzanares, Pácora, Pensilvania, Riosucio y Salamina.

De acuerdo con la información del censo DANE 2005, proyección 2010, Manizales concentra el 39% de la población del departamento y los 4 municipios aledaños que conforman la región Centro Sur, agrupan el 16% de los habitantes, mientras en segundo orden se encuentra el Magdalena Caldense con 13%.

3.2 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

En el Censo 2005, la población en Caldas fue de 968.740 habitantes, para el año 2013 según proyecciones del Departamento Administrativo de estadísticas (DANE) es de 984.115 habitantes que equivale al 2,1% de la población de la nación, según estos datos, la población en Caldas en esos 9 años se incrementó en 870.175 habitantes,

En cuanto a la distribución porcentual de la población por distribución de área, los municipios con mayor porcentaje en área rural son: Marmato, (87,42 %), Samaná (80,22 %), San José (76,80 %), Riosucio (69,64 %), Pensilvania (68,56 %), Marulanda

(64,16%), Filadelfia (63,88 %), Palestina (63,35 %) y La Merced (62,27 %), los demás municipios tienen una extensión por debajo del 60%, mientras que los municipios con mayor porcentaje de población en área urbana son: Manizales (93,04 %), La Dorada (90,09%), Chinchiná (87,59 %), Viterbo(82,18 %), Villamaría (81,64 %), Norcasia (65,34 %), Anserma (61,61 %).

Tabla 3 Población por área de residencia departamento de Caldas, 2012

POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA						
Municipios	Cabecera municipal		Población restante		Población total	Grado de urbanización
Manizales	364.365	93,04	27.275	6,96	391.640	93,04
Aguadas	11.162	49,11	11.566	50,89	22.728	49,11
Anserma	21.055	61,61	13.120	38,39	34.175	61,61
Aranzazu	6.649	56,15	5.193	43,85	11.842	56,15
Belalcázar	5.022	45	6.139	55	11.161	45
Chinchiná	45.629	87,59	6.467	12,41	52.096	87,59
Filadelfia	4.167	36,12	7.370	63,88	11.537	36,12
La Dorada	68.292	90,09	7.512	9,91	75.804	90,09
La Merced	2.211	37,73	3.649	62,27	5.860	37,73
Manzanares	9.825	41,27	13.980	58,73	23.805	41,27
Marmato	1.120	12,58	7.786	87,42	8.906	12,58
Marquetalia	6.244	41,75	8.712	58,25	14.956	41,75
Marulanda	1.229	35,84	2.200	64,16	3.429	35,84
Neira	15.549	52,13	14.280	47,87	29.829	52,13
Norcasia	4.267	65,34	2.263	34,66	6.530	65,34
Pacora	5.932	46,19	6.911	53,81	12.843	46,19
Palestina	6.547	36,65	11.318	63,35	17.865	36,65
Pensilvania	8.293	31,44	18.087	68,56	26.380	31,44
Riosucio	18.014	30,36	41.326	69,64	59.340	30,36
Risaralda	4.475	45,14	5.439	54,86	9.914	45,14
Salamina	10.431	59,14	7.207	40,86	17.638	59,14
Samaná	5.094	19,78	20.656	80,22	25.750	19,78
San José	1.761	23,2	5.829	76,8	7.590	23,2
Supía	12.628	48,26	13.541	51,74	26.169	48,26
Victoria	3.673	42,34	5.002	57,66	8.675	42,34
Villamaría	43.383	81,64	9.759	18,36	53.142	81,64
Viterbo	10.357	82,18	2.246	17,82	12.603	82,18
TOTAL	697.374	71	284.833	29	982.207	71

Fuente: DANE censo 2005

Con respecto a la pertenencia étnica, Caldas tiene características multiétnicas, al contar tanto con población indígena como afrocolombiana, y en menor medida población Raizal según DANE 2005.

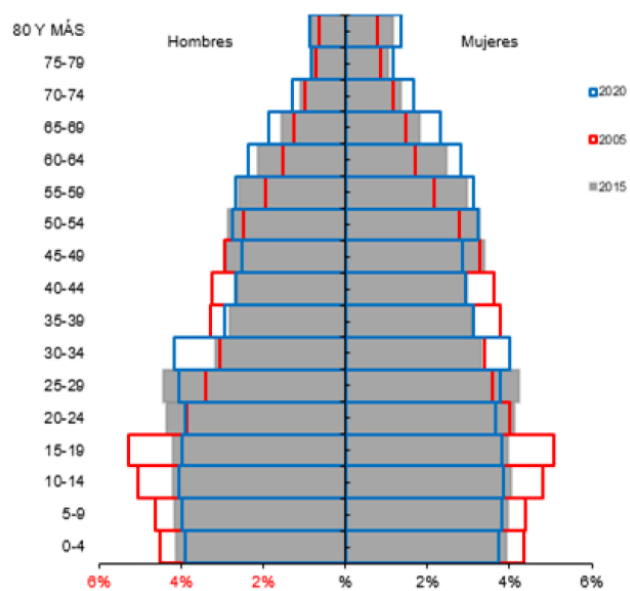
El porcentaje de la población Indígena en Caldas es del 5,78%, el mayor porcentaje de población indígena lo tiene el municipio de Riosucio, con un 79,92%, en segundo lugar, esta Supía con un 31,85%, en tercer lugar, esta Marmato con un 17,32%, los demás municipios están por debajo del 5,78%. El porcentaje de población afrocolombiana en Caldas es del 2,51%, el mayor porcentaje de esta población lo tiene Marmato con un 58,47%, el segundo lugar para Belalcázar, con un 22,23%.

El tercer lugar lo tiene San José con un 13,12%, en cuarto lugar, esta Supía con un 11,73 %, seguido por municipios como Palestina, Risaralda, Norcasia, La Dorada y Aguadas con menor proporción. La población Raizal en Caldas es del 0,003% y los municipios que tienen esta población son: Manizales, La Dorada, Belalcázar y Palestina.

En cuanto la estructura demográfica, se observa como la pirámide poblacional de Caldas en concordancia con el resto del país a partir de procesos de transición demográfica disminuye su base, lo que indica una clara disminución de tasa de natalidad y reducción en la población infantil, así como la población joven, y se vuelve ancha en la cúspide.

Se podría decir que la pirámide poblacional de Caldas es una pirámide estacionaria moderna, con tasas bajas de natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil, con indicadores de crecimiento poblacional bajo, pero con una esperanza de vida al nacer alta, proyectada para la población caldense para el año 2015 de 80 años para las mujeres y 75 para los hombres, lo que evidencia un envejecimiento de la población.

Ilustración 2 Pirámide Poblacional del Departamento de Caldas, 2005, 2015 y 2020



Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE), Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS), 2015

4 REFERENTE TEÓRICO

4.1 TALENTO HUMANO

En el llamado a La Acción De Toronto - 2006-2015, se tiene en cuenta los denominados Recursos Humanos en Salud para las Américas, en donde se planteó la necesidad de aunar esfuerzos para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas. En estos esfuerzos se tuvo como principio que “los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento”, por lo que la contribución de los trabajadores de la salud, resulta ser un factor esencial y reflejo de la capacidad de los sistemas de salud para asegurar un acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. (12)

En Colombia según la Ley 1164 de 2007, se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud (THS), entendiéndolo como todo personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud, por lo que es evidente que el desempeño del THS, lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana. (7).

Después de casi ocho años de aprobada la Ley 100 de 1993, el país debió desarrollar proyectos de investigación sobre recursos humanos para conocer la calidad y la oferta y demanda a corto, moderado y largo plazo, y con ello promover una adecuada planeación de ese recurso para contribuir en la realización de las necesidades de la población. Por otro lado, la OPS ha venido impulsando y poniendo en ejecución desde el año 1998 el Observatorio de Recursos Humanos en las reformas sectoriales de salud, como una propuesta interinstitucional entre la OPS, la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como evidencia y

herramienta para toma de decisiones en los países con respecto a la necesidad de formación y ocupación del THS (6).

En Colombia, el proceso de planeación para el desarrollo y el fortalecimiento de los recursos humanos del sector salud es insuficiente y no responde adecuadamente a las necesidades de la población por lo que es indispensable diseñar y formular políticas públicas coherentes y consistentes, para contribuir en la intervención de problemas sociales y en salud, siendo de igual forma necesario diseñar y desarrollar nuevos modelos de atención que privilegien la prestación de servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población, pero del mismo modo, de las necesidades y características del recurso humano del sector. Adicionalmente, la información disponible relacionada con el recurso humano en salud en Colombia es incompleta, no hace alusión a las variables requeridas y no es oportuna, todo lo cual demanda la urgente y prioritaria tarea de desarrollar un sistema de información sobre recursos humanos en salud que apoye la toma adecuada de decisiones, en el marco de una política pública coherente y consistente (6).

En tal sentido, es evidente la necesidad de tener mayores datos sobre el talento humano y talento humano en salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población, prestación de los servicios en salud y profesionales, teniendo un equilibrio entre la prestación y atención de los servicios de salud, instituciones y necesidades de cada profesional, ubicando a cada profesional en el lugar indicado, satisfaciendo las necesidades del profesional y del puesto de trabajo

Por medio de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, Resolución 429 del 2016, “el sistema de salud debe encaminar sus esfuerzos al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derechos, para lo cual se hace necesario aumentar el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura hospitalaria, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y el aseguramiento de la sostenibilidad financiera del sistema y privilegiar estrategias preventivas y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud...”, como medida para lograr el fortalecimiento del talento humano en

salud, para dar respuesta a las necesidades y vacíos del sistema de salud al contar con profesionales idóneos, capacitados y con experiencia para las intervenciones en salud (13)

4.2 PROFESIONALES AFINES EN EL AREA DE SALUD PÚBLICA

La OMS planteó el denominado "Salud para todos en el año 2000", en donde uno de los temas priorizados fue la cobertura universal en salud. Según la OMS "La salud para todos" significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo de manera que se pueda responder a la salud, como reflejo del bienestar, que supera la disponibilidad de servicios sanitarios y trasciende a la posibilidad que se da a las personas de llevar una vida social y económicamente productiva, obligando a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud.

Teniendo esto como base, se evidencia que realizar intervenciones en salud y salud pública, no solo es responsabilidad del sector salud, sino que debe involucrar otras áreas como infraestructura, área social, económica, ambiental, política, administrativa, entre otros, y así poder dar cumplimiento al término "Salud para todos", entendiendo que la salud es global, por lo tanto debe ser sin barreras, universal, eficiente y eficaz, abriendo el campo de acción a otras profesiones en el área de la salud pública.

Inicialmente las profesiones que tradicionalmente han hecho parte de los equipos en salud pública eran muy reducidas, participando principalmente médicos y enfermeras. Las funciones esenciales en salud pública han sido estudiadas en muchos países, cada uno de ellos profundizando en sus intereses y determinantes sociales. Hoy en día son muchos los profesionales que trabajan de forma articulada en los equipos de salud pública, incluyendo a contadores, economistas, abogados, entre otros, respondiendo a propósitos establecidos por la OMS en 1973, de conformar equipos vistos como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. En palabras de la OMS, El Equipo de Salud está conformado por el conjunto de individuos que trabajan en Centros de Salud, cualquiera sea su área de procedencia (biológica, ciencias sociales, administración, etc.). Su figura debe ser flexible de acuerdo a las necesidades y recursos locales. Además, los miembros del equipo deben tener amplitud

de miras y flexibilidad suficiente para aceptar en cada momento nuevos integrantes, así también se deberán adaptar para modificar funciones y posiciones al interior del equipo según lo requiera la tarea a cumplir. Los equipos de salud deben estar conformados como equipos multidisciplinarios, que, si sumamos el esfuerzo y la colaboración de cada uno de sus integrantes, el producto final debe ser necesariamente más, que el simple resultado de la suma de sus partes (14).

En ese orden de ideas, la Salud Pública según la OMS como la ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida, fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar su derecho natural a la salud, apoya para su acción en conocimientos de ciencias como la ingeniería sanitaria, economía, antropología, sociología, estadística, veterinaria; la salud pública comprende a su vez áreas como la epidemiología, la salud ocupacional, la salud ambiental y la gerencia en salud, en cada uno de los niveles de la formación médica a manera de bloques programáticos, para apoyar la explicación integral de los determinantes de los procesos de salud- enfermedad individual y colectiva (15), es por esto que a continuación se procede a describir el ejercicio profesional de fisioterapeutas y Administradores Públicos.

4.2.1 Fisioterapia

La Primera y Segunda Guerra Mundial dieron como consecuencia un sin número de afectaciones en la calidad de vida de la población involucrada, con la presencia de múltiples traumatismos, así como epidemias, generando una gran cantidad de personas que presentaban discapacidad. Esto dio lugar a la creación de un cuerpo profesional que se consagró exclusivamente al estudio y la práctica de la fisioterapia como disciplina.

La Confederación Mundial de la Fisioterapia (W.C.P.T. por sus siglas en inglés) realiza la siguiente definición, que fue suscrita por la Asociación Española de Fisioterapeutas (A.E.F.) en 1987: "La Fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan previenen, recuperan y adaptan a personas

afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud".

La OMS define en 1958 a la fisioterapia como: "el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud de movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

Por su parte la American Physical Therapy Association (APTA) asume que la Fisioterapia es una profesión liberal, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad en el ambiente donde se desenvuelven. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del Movimiento Corporal Humano (MCH), así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de mejorar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social.

En Colombia, la Ley 528 de 1999 en su artículo primero, define la fisioterapia como "una profesión liberal, del área de la salud con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad en el ambiente donde se desenvuelve".

Determina como objeto de estudio, la comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.

Esta ley entiende por ejercicio de la profesión de Fisioterapia la actividad desarrollada por los fisioterapeutas en materia de:

- a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinar o interdisciplinar, destinada a la renovación o construcción de conocimiento que contribuya a la comprensión de su objeto de estudio y al desarrollo de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales
- b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención fisioterapéutica para la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en los individuos y comunidades en riesgo, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano y la participación en procesos interdisciplinares de habilitación y rehabilitación integral
- c) Gerencia de servicios fisioterapéuticos en los sectores de seguridad social, salud, trabajo, educación y otros sectores del desarrollo nacional
- d) Dirección y gestión de programas académicos para la formación de fisioterapeutas y otros profesionales afines
- e) Docencia en facultades y programas de fisioterapia y en programas afines
- f) Asesoría y participación en el diseño y formulación de políticas en salud y en fisioterapia y proyección de la práctica profesional
- g) Asesoría y participación para el establecimiento de estándares de calidad en la educación y atención en fisioterapia y disposiciones y mecanismos para asegurar el cumplimiento
- h) Asesoría y consultoría para el diseño, ejecución y dirección de programas, en los campos y áreas donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la fisioterapia sea requerido o conveniente para el beneficio social
- i) Diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en el área

- j) Toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tenga relación con el campo de competencia de fisioterapeuta

Es así como esta disciplina es una parte esencial del sistema de prestación de servicios de salud, tomando la práctica de los fisioterapeutas de manera independiente de otros profesionales de salud o a partir de la participación en programas interdisciplinarios de habilitación/rehabilitación para la restauración de la función óptima y la calidad de vida de los individuos (lo cual responde a las demandas actuales del medio en el que deben desenvolverse los fisioterapeutas), además de participar en la promoción de la salud, prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales y discapacidades en individuos en riesgo de alteración del comportamiento motor debido a factores de salud o médicos, estrés socioeconómico y estilos de vida.

El fisioterapeuta se preocupa por identificar y maximizar el potencial del movimiento dentro de las esferas de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, e involucra la interacción entre el fisioterapeuta, la persona, las familias y los cuidadores, en el proceso de valoración del potencial del movimiento y en establecimiento de metas y objetivos utilizando el conocimiento y las habilidades únicos del fisioterapeuta. Así pues, el objetivo último de la fisioterapia es el de preservar, restablecer e incrementar el nivel de salud de los individuos con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona y de la comunidad. Su práctica se fundamenta de manera histórica en mecanismos terapéuticos propios y estudios sistematizados basados en el conocimiento de ciencias como la anatomía, fisiología, bioquímica, biofísica, biomecánica, así como de la patología que afecta a los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano; sin embargo a lo largo de los años, ha venido dejando esta concepción netamente biológica, para involucrar aspectos como los factores sociales, ambientales, culturales, comportamentales, psicológicas, entre otros, que afectan el comportamiento en el entorno familiar y social. Lo anterior implica como sujetos de su atención a la persona, la familia y la comunidad.

El fisioterapeuta circunscribe su práctica en cinco dominios: asistencia, docencia, gestión, administración e investigación, a través de un conjunto de intervenciones con

características afines que definen el ejercicio de la profesión, como se enlista a continuación:

- **Asistencia:** Involucra la intervención directa en la práctica clínica en un proceso que incluye la evaluación, el diagnóstico, la planeación, la intervención y la revaloración.
- **Educación:** El fisioterapeuta debe realizar labores de educación y promoción de la salud constantemente, desde diferentes niveles: Personal, familiar, comunitario o social. Debe ser competente para participar en los aspectos académicos, participar en programas de educación continua e involucrarse en actividades de auto aprendizaje, investigación y estudios epidemiológicos, entre otros.
- **Administración:** Un aspecto importante en la formación de los fisioterapeutas, consiste en adquirir responsabilidades administrativas que incluyen la planeación, manejo, dirección, supervisión, elaboración de presupuestos y evaluación de planes, programas, proyectos o actividades administrativas o asistenciales.
- **Gestión:** El fisioterapeuta puede participar en la formulación de políticas públicas y encuentra un amplio campo de acción en procesos de consultoría, en aspectos legales y éticos, en el área fiscal, en trámites con aseguradoras y en planificación en desarrollo urbano, entre otros.
- **Investigación:** Debe ser capaz de propiciar y aplicar los hallazgos de la investigación a la práctica, fundamentando su ejercicio en la evidencia. De la misma manera, debe participar en actividades de investigación a lo largo de su ejercicio profesional, impulsando el avance del quehacer clínico.

Es así como a través del tiempo, se ha visto la evolución en el ejercicio disciplinar de la fisioterapia, que lo ha hecho pasar de actividades netamente asistenciales, a la participación en otras actividades, que por ejemplo desde la salud pública, han permitido fortalecer el rol del fisioterapeuta en pro del beneficio y trabajo articulado con otras disciplinas para trabajar por el bienestar y calidad de vida de los colectivos.

Así las cosas, se abren las puertas para que esta profesión trabaje por la salud del individuo ubicado en un contexto, teniendo en cuenta la red en que se desenvuelve a nivel familiar, comunitario, ambiental, y cultural. En este sentido, el fisioterapeuta participa en tres niveles de atención, con las siguientes acciones y contextos:

- **Atención primaria:** Acciones educativas enfocadas al auto-cuidado, a la promoción de conductas y estilos de vida saludables que involucran el bienestar cinético del ser humano en diversos ámbitos, como, por ejemplo, el laboral, en el que el fisioterapeuta interviene a través de acciones específicas como la higiene postural y la ergonomía laboral.
- **Atención secundaria:** Estas acciones involucran los métodos de evaluación, diagnóstico y aplicación de tratamientos fisioterapéuticos en los diversos eventos patológicos que afectan los sistemas y, por ende, el movimiento corporal humano, tales como condiciones musculoesqueléticas, neuromusculares, cardiovasculares, pulmonares y tegumentarias, abarcando el ejercicio en cualquier etapa de la vida en las áreas de hospitalización, unidades de cuidado intensivo y consulta externa.
- **Atención terciaria:** En este nivel las estrategias de atención están dirigidas al proceso de rehabilitación y atención a la discapacidad generada por las alteraciones sistémicas que afectan el movimiento corporal humano, con un amplio sentido de la integridad y la interdisciplinariedad.

El fisioterapeuta, en función de sus principios éticos, reconoce la autonomía de su ejercicio, a través de:

- **Interacción:** Persigue el entendimiento mutuo entre el fisioterapeuta y las personas, el médico responsable, la enfermera, la familia o el cuidador y forma una parte integral de la fisioterapia. Es un requisito para un cambio positivo en la conciencia corporal y las conductas que pueden promover salud y bienestar. Con frecuencia implica relación con el equipo interdisciplinario, al determinar las necesidades y formular los objetivos para la actuación del fisioterapeuta, y reconoce a la persona, a la familia y al cuidador como participantes activos en este proceso.

- **Autonomía profesional:** La educación profesional prepara al fisioterapeuta para la práctica autónoma, y le posibilita el establecer posibilidades de actuación a nivel individual, familiar o comunitario, a partir de diagnósticos individuales o comunitarios.
- **Diagnóstico:** Es el resultado del proceso de razonamiento que permite la identificación de impedimentos existentes o potenciales, limitaciones funcionales o discapacidades a nivel individual. Sin embargo, a nivel comunitario, el fisioterapeuta también está en la capacidad de identificar y atender situaciones y problemáticas sociales, que lo lleven a proponer estrategias de intervención colectiva de resolución o mitigación

Por otro lado, es importante tener en cuenta los avances que han tenido las diferentes asociaciones de fisioterapia, fue así como en Mayo de 2015, se publicó el documento “Perfil profesional y competencia del fisioterapeuta en Colombia”, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección del Talento Humano en Salud, en donde se reunieron representantes de la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI), el Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI) y la Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT), definiendo el perfil del fisioterapeuta a partir de “los rasgos, actitudes, valores, motivaciones y comportamientos que deben identificar al profesional, sintetizados” (16), así:

- El fisioterapeuta comprende, apropia y usa con criterio, los debates epistémicos y los marcos de referencia teóricos y metodológicos que soporta a praxis de la Fisioterapia y su relación con el movimiento corporal, el desarrollo humano, la salud, la rehabilitación y el funcionamiento humano.
- El Fisioterapeuta tienen bases sólidas en ciencias básicas, sociales, clínicas, de la salud, la rehabilitación, el movimiento, para desarrollar procedimientos evaluativos, diagnósticos y de intervención propios de la profesión, en todos los escenarios de actuación.

- El Fisioterapeuta gestiona el desarrollo social, el ejercicio de la ciudadanía y el compromiso de mejorar la condición de salud y el bienestar de las personas, basados en principios de justicia social y ética profesional.
- El Fisioterapeuta tiene un sentido ético y humanista que le permite respetar las diferencias y contribuir a la solución de problemáticas sociales y de salud.
- El Fisioterapeuta gestiona procesos de investigación basados en el conocimiento de la realidad social y el pensamiento crítico y reflexivo
- El Fisioterapeuta tienen receptividad y actitud crítica frente a los cambios científicos y tecnológicos
- El Fisioterapeuta participa activamente en los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, planeación y rehabilitación de la población.
- El Fisioterapeuta tiene capacidad de liderazgo para el desarrollo de actividades gremiales e intersectoriales, en el beneficio de la profesión y en consonancia con las necesidades de la sociedad.

Sin embargo, para el área específica de la salud pública y la gestión social, se establecieron las siguientes competencias:

- Identificar el proceso de formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas para el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos y colectivos bajo la perspectiva de la participación social
- Reconocer las fases y procesos para la formulación de políticas públicas nacionales e internacionales
- Diferenciar los escenarios políticos, sociales y económicos a nivel nacional e internacional para la apropiación de políticas públicas.
- Comprender la estructura y el modelo de gestión de los sistemas nacionales de salud y riesgos profesionales
- Comprender el plan nacional de salud pública y los lineamientos mundiales de salud global
- Comprender las orientaciones en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las políticas públicas a nivel nacional e internacional

- Diseñar, desarrollar y valorar proyectos y programas de beneficio social, a partir del objeto de estudio de la fisioterapia, en el marco legal y ético del ejercicio profesional
- Reconocer las necesidades de desarrollo social junto con la comunidad, para la implementación de programas y proyectos sociales
- Implementar estrategias de gestión social para contribuir al desarrollo de los sujetos y colectivos
- Implementar programas que fomenten el movimiento corporal como factor protector de la salud
- Comprender la naturaleza y magnitud de los problemas de salud de los individuos y los colectivos y justificar la necesidad de desarrollar intervenciones profesionales de su competencia, en función del desarrollo del país o de su pertinencia a nivel mundial
- Desarrollar estrategias de participación social que permitan la implementación de políticas públicas en pro del mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de la población

De igual forma, a partir del perfil presentado, se definieron las competencias transversales y específicas, formuladas de la siguiente manera:

Competencias transversales:

- 1. Profesionalismo y ética:** Desempeñar un ejercicio autónomo y autorregulado de su práctica y su labor profesional, con fundamentos éticos, políticos y técnico-científicos legitimados por el Estado colombiano.
- 2. Comunicativas:** Usar las habilidades del lenguaje de manera clara, oportuna, asertiva, precisa y con criterio propio como elementos integrales de su acto profesional, de manera que facilitan la provisión ética, efectiva y apropiada de sus servicios.
- 3. Investigativas:** Garantizar los servicios profesionales que presta se basan en la mejor evidencia posible y desarrollar conocimiento científico en beneficio de la población.

4. **Administrativas y de gestión:** Gestionar la prestación de los servicios profesionales con calidad eficiencia, efectividad y seguridad en sus intervenciones profesionales y el uso ético, legal, responsable y rentable de los recursos a su cargo.
5. **Razonamiento profesional:** Argumentar el diagnóstico fisioterapéutico y la toma de decisiones profesionales con base en sólidos procesos de análisis científico sobre el movimiento corporal de sujetos y colectivos, desde la perspectiva de la salud y el funcionamiento humano y bajo los lineamientos éticos y legales vigentes.
6. **Salud pública y gestión social:** Desarrollar la práctica profesional desde el reconocimiento de los sujetos en la dinámica social, en un marco de democracia y participación

Competencias específicas:

1. **Clínica:** Actuar como profesional de la salud de primer contacto de las personas/usuarios, que buscan servicios clínicos con y sin remisión de otro profesional de la salud, mediante el análisis y la interpretación de pruebas de evaluación y diagnóstico fisioterapéutico, y con la interacción sobre el movimiento corporal, utilizando diferentes estrategias para la recuperación de la salud.
2. **Actividad física y deporte:** Diseñar, evaluar, controlar y promover planes y programas de promoción de la actividad física, el ejercicio físico y el deporte, enfocados a mejorar la salud, el rendimiento y a construir capacidad de autocuidado en las personas y las comunidades
3. **Salud y trabajo:** Promover ambientes de trabajo sanos y seguros que faciliten una mejor calidad de vida en el trabajador desde su situación de salud

Educación: Proporcionar experiencias educativas, que más allá de desarrollar habilidades o condiciones físicas, propicien el desarrollo humano, la salud y el conocimiento corporal desde el movimiento, en los diferentes ambientes donde se desenvuelve el ser humano, de forma individual y como parte de los colectivos

Con este panorama, y teniendo en cuenta los planteamientos de la WCTP, se encuentra en la fisioterapia una de las áreas de la salud, encargada de “proporcionar servicios a las personas y a las comunidades, con el fin de desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el curso de la vida. La Fisioterapia se preocupa por identificar y maximizar el potencial de movimiento dentro de las esferas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo que implica la interacción con pacientes, familias y cuidadores, en un proceso de evaluar el movimiento potencial y establecer las metas y objetivos usando conocimientos y habilidades únicas de los fisioterapeutas”.

4.2.2 Administración Pública

La Ley 1006 de 2006, definió la Profesión de Administrador Público, reglamentó su ejercicio, determinó su naturaleza y campo de aplicación, desarrolló los principios que la rigen, señaló sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio de la profesión. Dentro de las ocupaciones asignadas al administrador público, se resalta la función social, a partir del ejercicio de actividades que comprenden el desarrollo de las funciones del Estado y del manejo de los asuntos públicos, además, aquellas actividades orientadas a generar procesos integrales que incrementen la capacidad institucional y efectividad del Estado y de las organizaciones no estatales con responsabilidades públicas, en la dirección y manejo de los asuntos públicos. Desde los campos de acción, el administrador público está constituido por:

- a. La realización de estudios y proyectos de asesoría y consultoría para cualquier organismo de los sectores público y privado en materias de carácter estatal y de manejo de asuntos públicos.
- b. Diseño, dirección, ejecución de políticas, programas y proyectos propios del ámbito de lo público.
- c. El ejercicio de la docencia y la investigación científica en materias relacionadas con la profesión, en instituciones de educación o de investigación.

- d. Las demás relacionadas con el desarrollo científico, social, económico y político sean inherentes al ejercicio de la profesión.

Con esto, la Administración Pública constituye el medio para lograr los fines del Estado. Por tanto, su responsabilidad es más alta de lo que parece. Tiene bajo su responsabilidad la planeación necesaria para optimizar los recursos de todos, para generar el mayor beneficio posible, sin embargo, este concepto de eficiencia es relativamente nuevo para la gerencia pública y surge como resultado de la aplicación en el sector público generando efectos positivos en materia de beneficios económicos (10).

De acuerdo con Guerrero (1997), la administración pública constituye la actividad organizadora del Estado, que está encaminada a producir las condiciones que facilitan la perpetuación de la sociedad y crear las capacidades de desarrollo de los elementos que la constituyen. Además, afirma que los Estados más poderosos del mundo son los mejor administrados y son poderosos porque han sido capaces de alimentar y educar la población, brindarle salud y lo necesario para vivir de forma civilizada. En ese orden de ideas, la administración pública tiene una importancia vital en la sociedad, para los Estados representa el motor de la economía y el instrumento esencial de la distribución de la riqueza. Es la administración pública el elemento primordial de que se vale el Estado para dar respuesta y satisfacción a las principales demandas y necesidades sociales, y se logra el programa o proyecto político de una Nación (10), teniendo gran relación el Estado y la sociedad civil, con el ámbito político y acción gubernamental; estudiando la administración pública la estructura de las organizaciones, sus interrelaciones y variantes entre los bienes y servicios públicos que se ofrecen y la demanda de quienes forman la sociedad civil (17).

Es evidente como la administración pública se ha visto fortalecido a través del tiempo, al lograr la articulación entre el Estado y la sociedad, evidenciando su afinidad y acercamiento en el área de la salud pública, en donde el primero, como garante de la salud de los colectivos, debe actuar de forma coordinada en procesos de modernización y cambios en el que el administrador público resulta de gran utilidad (18), teniendo esquema cada vez más abierto, descentralizado, flexible, de previsión estratégica y con capacidad de interactuar de

manera constante con otros actores y donde se promueva una intervención más activa de la sociedad (18).

En buena medida dentro de las mayores exigencias a la administración pública y a su gestión, está la búsqueda de la eficiencia y eficacia en un contexto globalizado, que espera administraciones ágiles, capaces de responder a las cambiantes demandas de un mundo crecientemente interconectado e interdependiente, sin perder de vista que estas exigencias, deben estar al servicio de propósitos mayores como el desarrollo, la superación de la pobreza y las desigualdades, la inclusión y la democratización (18).

Campos de acción:

- **Poderes de la único:** En el poder a) Legislativo: dentro de sus órganos de gestión internos, tales como personal, administración de recursos materiales, financieros, programación presupuestaria, sistemas de información, entre otros. Puede funcionar también como investigador y consultor de las comisiones de las cámaras de Diputados o Senadores. Igual en el caso de las legislaturas locales; b) El poder judicial: como organizador de los servicios de personal, de recursos materiales y financieros, de planeación, programación y sistemas de información de los Tribunales que lo integran a fin de mejorar su funcionamiento; C) El poder ejecutivo: campo natural por excelencia del profesional del administrador público, que comprende una extensa gama de organizaciones públicas centralizadas y descentralizadas.
- **Ámbitos del gobierno:** Ejecutivo Federal: administración pública centralizada, secretarías de estado, departamentos administrativos y procuradurías. Administración pública paraestatal; organismos descentralizados, empresas de participación estatal, mayoritarias y minoritarias, fideicomisos y comisiones.
- **Ejecutivo estatal:** Comprende también órganos centrales del ejecutivo estatal y empresas públicas.
- **Gobierno municipal:** Constituye un campo de acción vital ya que forma la base de la organización Federal y del desarrollo económico.

Esta enorme gama de instituciones comprende las más variedades materias: política inferior, defensa nacional, salud, educación, seguridad social, agricultura, transporte, comunicaciones, industrias, políticas tributarias, obras públicas, entre otras.

- **Partidos políticos y grupos de presión:** Debido a que los partidos políticos y grupos de presión, en los que podría incluirse los sindicatos, se han convertido en complejas organizaciones, le papel del profesional en administrador publica cobra importancia en su labor en el seno de las organizaciones, así como en el proyecto de las tácticas y la estrategia a seguir, de acuerdo con un serio balance de recursos y organización administrativa.

El especialista en administración pública puede mejorar las organizaciones de los partidos políticos, principalmente, a fin de hacer más eficiente su acción, además de asesorar y organizar campañas políticas (17), por lo que se espera que estén en capacidad de ser:

- Asesor gubernamental, o sea, como analista de los problemas que aquejan a la administración pública, de tal manera que sus observaciones o sus proposiciones sirvan a los directivos que han de tomar decisiones. También será capaz de analizar, criticar e interpretar las condiciones de la sociedad y en consecuencia de elaborar planes, programas y proyectos de acción gubernamental para las diferentes ramas en las cuales funciona la administración pública.
- Investigador administrativo, como estudios de la composición y el funcionamiento interno de la administración, publica para racionalizar el quehacer gubernamental, así deberá ser capaz de: estudiar y analizar los métodos y procedimientos de trabajo, de tal manera que la operación interna de la administración pública se mantenga acorde con la evaluación de las demandas sociales; estudiar y analizar las diferentes técnicas administrativas para el mejor uso de los recursos materiales, financieras y tecnológicos con los que cuentan las organizaciones públicas a fin de hacer más racional su uso.
- Directivo, es decir como responsable directo de organismos públicos. En este sentido se requiere de todo el cumulo de conocimientos y capacidades que culminen en

ejercicio práctico, por lo cual se requiere: elaborar planes, programas y proyectos de su entidad considerando la cantidad y calidad de los medios de administración disponibles en las operaciones gubernamentales. Llevar un control de la gestión del órgano administrativo bajo su responsabilidad a fin no perderse en la consecución de los objetivos institucionales. Manejar eficientemente todos los recursos con los cuales cuenta la organización para la obtención de sus fines en la calidad, cantidad y tiempo requeridos en los planes de acción (17).

4.3 CONCEPTO DE SALUD

Son muchas las definiciones y connotaciones que se le ha dado al término de salud, actualmente puede relacionarse con el efecto que factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos tienen sobre la condición de las personas, entendiendo que “la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional”. (19).

En otras palabras, según Alcantara, G. La salud es definida como la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico, el económico y social, dejando en evidencia, que la salud está determinada por la interacción de múltiples factores, por lo que resulta altamente susceptible a la influencia de los llamados Determinantes de la Salud e Inequidades Sociales por una fuerte interacción entre ellas (19).

Inicialmente el término de salud fue tomado como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un estado completo de bienestar. La identificación de la salud como un estado de completo bienestar tiene limitaciones, al no reconocer las dinámicas que delimitan las responsabilidades que no resultan ser exclusivas del sector salud, pero que tienen al mismo tiempo, la influencia de los otros sectores relacionados a la salud y la necesidad de la acción intersectorial para atenderlas y solucionarlas (20), así las cosas, la salud es una interacción de diversos factores y determinantes sociales ya sea desde el aspecto individual o una comunitario, lo que en concordancia, requiere de la participación de diversos profesionales para impactar sus dimensiones.

En este sentido, y haciendo referencia a la definición planteada desde el modelo Biopsicosocial, corresponde a la resultante de la evolución de la Teoría General de Sistemas en el ámbito de la salud (21), en donde los seres humanos son vistos como sistemas complejos, de ahí que la enfermedad es causada por múltiples factores y no por un único factor causal, en otras palabras, la salud y la enfermedad no son procesos lineales ni continuos, las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, por lo que las interacciones entre los sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales, son la constante, planteamientos que de forma compartida, son tenidos en cuenta desde estructuras como el Plan Decenal de Salud Pública, que de igual forma, da relevancia a dimensiones como la de salud ambiental, convivencia social y salud ambiental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y enfermedades no transmisibles, salud y ámbito laboral, planteando de forma transversal, las dimensiones de atención a poblaciones vulnerables y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Teniendo en cuenta estos planteamientos, se hace evidente en la actualidad, entender y planificar las intervenciones en salud a partir de la interacción e integración varios profesionales, no solo del área de salud, sino también de otras áreas, de manera que se pueda dar respuesta y trabajar en pro de las necesidades y características de una población o comunidad, en lo cual solo es posible avanzar con equipos de salud cada vez más nutridos y capacitados, propósitos que son planteados en sistemas como el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS (13). centrado en las personas, su bienestar y desarrollo, a través de intervenciones con acciones de promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad, llevando a tener una participación activa y

articulada de diferentes entes, instituciones, profesionales y comunidad en general para lograr un óptimo bienestar tanto individual como colectivo.

Finalmente es de resaltar como a través del tiempo y en los últimos años, la salud ha pasado a ser un derecho fundamental, por lo que es mandatorio por el Estado, establecer planes, programas, políticas y normativas, en donde el proceso de salud – enfermedad responda a la multicausalidad e influencia de determinantes sociales, inequidades sociales, demografía, cultura entre otros factores, a partir de la interacción de los planteamientos establecidos entre otros, por el Plan Decenal de Salud Pública, Ley Estatutaria en salud, Política de Atención Integral en Salud PAIS y Modelos Integral de Atención en salud MIAS

4.4 SALUD PÚBLICA

Según el documento La Salud Pública en las Américas se entiende “Salud pública como la salud del público, de la población y abarca, por tanto, todas sus dimensiones colectivas (4). El concepto de salud pública varía al igual que el concepto de salud, a través de la historia y en las diversas culturas y sociedades, algunas definiciones que se han realizado son: La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y repartir la salud; la salud pública es la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad; la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud; según la OMS, la salud pública es la ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar su derecho natural a la salud y longevidad (15). En este sentido, el objeto central de la salud pública es la salud de las poblaciones. Éste incluye

todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan al mejoramiento de la salud (20). Esa articulación del conocimiento en función de su uso práctico, pone de manifiesto la necesidad de generar de forma permanente conocimiento y comprensión de sus fundamentos, lo que le apunta a enriquecer las disciplinas que la sirven, con objetivos y campos de acción amplios y variados (20).

La salud pública como campo de conocimientos propios implica, en su aplicación, la actuación de agentes específicamente capacitados (profesiones y profesionales). Las profesiones de la salud pública corresponden, a las disciplinas que contribuyen a su realización, diferenciadas en su ejercicio por su finalidad específica. El éxito de la práctica de la salud pública está en saber cómo contribuyen todos esos actores a la finalidad común y en facilitar esas contribuciones, en forma articulada y sinérgica, de tal modo que respondan con eficacia, responsablemente y de manera socialmente controlable al interés de la población (4).

En ésta misma línea, según la Ley 1122 de 2007, las acciones de salud pública deben permitir formular indicadores sobre aspectos que condicionan la salud de los colectivos como lo es la condición de vida, el bienestar y el desarrollo del país. (22).

En éste sentido, el Plan Decenal de Salud Pública busca que la orientación que se le dé a las políticas, planes, programas y proyectos en salud, sean realizadas de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del sistema en articulación con actores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (23). basados en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, a partir de objetivos, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento, y mecanismos de evaluación del Plan, sujeto a control y vigilancia por parte del Ministerio de la Protección Social de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten.

Es así como tanto acciones encaminadas desde el Plan Decenal de Salud Pública, la APS y otras disposiciones actuales como las establecidas en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y Modelo de Atención en

Salud Rutas Integrales de Atención en Salud (MIAS) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), buscan dar piso a los planteamientos y lineamientos establecidos internacionalmente a partir de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), dejando ver la responsabilidad que tiene el Estado en pro de garantizar y mantener poblaciones saludables, pero del mismo modo, las acciones sectoriales y territoriales que deben ser implementadas para fomentar hábitos de vida saludable, comportamientos adecuados en salud, fomentar estrategias Información, Educación y Comunicación (IEC), sobre el estado de salud, teniendo en cuenta como marco el análisis de la situación en salud y los procesos de diagnóstico en salud – enfermedad, para tener un óptimo desarrollo de cada una de las funciones esenciales en salud pública, de las cuales se hablará a continuación.

4.5 FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

Retomando nuevamente el documento La Salud Pública en las Américas, se definieron las FESP como elemento para fortalecer la capacidad de los actores del sector sanitario, enmarcadas en un conjunto de actuaciones, responsabilidades, capacidades y condiciones constitucionales para mejorar el desempeño de la salud pública, bajo la rectoría del Estado. Sus avances se convierten en el indicador de primera mano para establecer los cambios y resultados de la gestión de la salud pública, pero también para direccionar las necesidades de formación profesional. Es así como se entiende como Funciones de la Salud Pública, al “conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central de mejorar la salud de las poblaciones” (4), haciendo énfasis en que al tener la denominación de “esenciales”, son consideradas fundamentales e indispensable para la realización de los objetivos y para la caracterización de la salud pública, por lo que debe ser directriz del Estado, a través de las autoridades sanitarias, garantizar aspectos logísticos, operativos y administrativos para su consecución.

En este sentido, las FESP pueden ser consideradas finalistas o instrumentales: Las primeras contribuyen directamente al fomento de la salud, el control de riesgos y daños, la protección del ambiente o la calidad de la atención; las segundas, sirven como medio para conseguir los objetivos de las finalistas, contribuyendo a la creación de condiciones u otros

elementos como el seguimiento y análisis de la situación de salud, el desarrollo de los recursos humanos y de la información pública, y la regulación en materia de salud pública (4); ambas de forma articulada, buscan garantizar la salud de la población, a partir de la definición de once FESP, complementadas con otras acciones de promoción de la salud, prestación de servicios, control de riesgos utilizando herramientas como la elaboración y análisis de perfiles epidemiológicos, el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) y los diferentes roles de los profesionales en los equipos de trabajo de la salud pública, desde la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas y el desarrollo y cualificación del personal que trabaja en la salud pública (4).

A continuación, se establecen las once FESP recomendadas por la OMS para apoyar la renovación de la política de Salud para Todos en el Año 2000:

Tabla 4 Funciones Esenciales en Salud Pública

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

Fuente: Elaboración propia

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.
- La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- 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.
- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de análisis de población, estudios de caso e investigación epidemiológica en general.

- Laboratorios de salud pública capaz de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas necesarias para la identificación y el control de nuevas amenazas para la salud.
- El desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan afrontar mejor los problemas de salud de mayor interés.
- La preparación de la ASN y el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia a nivel local para generar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o de riesgos específicos.

FESP 3: Promoción de la salud

- El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.
- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas
- El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables
- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes

saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública.

- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

- La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- El desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.
- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

- La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.
- El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

- La identificación de un perfil para los recursos humanos en la salud pública que sea adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.

- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública con el fin de identificar las necesidades de los servicios de salud pública y de la atención de salud, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y de evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- La definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

- La promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad.
- El fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.

- La existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud.
- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

FESP 10: Investigación en salud pública

- La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.
- La ejecución y el desarrollo de una solución innovadora en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector de la salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en todo su campo de actuación.

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.

- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres (4).

Es de tener presente que las FESP, son una herramienta facilitadora en los procesos de obligatorio cumplimiento en el área de la salud pública, como son los planes, proyectos, políticas e intervenciones, permitiendo guiar y evaluar cada proceso a realizar, por medio del análisis de la situación en salud, el perfil epidemiológico, las auditorias, la participación de la comunidad, entre otros, teniendo como base de actuación las necesidades de la sociedad, comunidad y de los individuos, pero al mismo tiempo, correlacionando la efectividad y viabilidad de los planes y políticas ejecutados. De igual permite y obliga contar con lineamientos y protocolos actualizados para la atención en salud pública en presencia de una emergencia, un brote epidemiológico, una epidemia, siendo necesario la intervención de diversas profesiones para garantizar una adecuada y completa intervención.

4.6 COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

En el año 2010 la OPS a través de la directriz “Competencias Esenciales en Salud Pública: Un Marco Regional para las Américas (MRCESP)”, estableció un esquema de referencia para apoyar estrategias y fortalecer las capacidades de los sistemas de salud pública, con el propósito impulsar el desarrollo de “planes maestros de formación y capacitación” de los recursos humanos de salud, como estrategia para el desempeño óptimo de las FESP. Con el MRCESP, se buscó generar un cambio de enfoque de las competencias profesiones en salud pública, entendiendo que las competencias esenciales, no se refieren a las capacidades que debe tener una persona que desempeña determinada profesión o que cumple un rol determinado, sino que constituyen a las capacidades necesarias para el ejercicio de las FESP en los diferentes ámbitos de práctica de los sistemas de salud (1).

Las competencias son consideradas como los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos por el conjunto de los recursos humanos de salud en los diferentes ámbitos de práctica, para solucionar los problemas de salud de manera eficiente y efectiva. Esta noción “incorpora la realidad sanitaria, social y política de los países de la Región y se fundamenta en valores de equidad y justicia social” (1), sin embargo, para referirse específicamente a

las FESP, se habla de competencias esenciales, no porque se refieran a capacidades de las personas según su profesión, sino porque expresan las capacidades institucionales necesarias para el ejercicio de las FESP (1).

A continuación, se presentan las competencias en salud pública propuestas y su relación con las Funciones Esenciales en Salud Pública:

Tabla 5 Competencias en Salud Pública

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

Fuente: (1).

Con esto, el MRCESP constituye un referente que permite conocer lo que se debe esperar en capacidades de salud pública, al poner a disposición de los países un catálogo actualizado de lo que requiere el talento humano de salud, en términos de saber, saber hacer y saber ser. Al mismo tiempo, hace posible determinar con mayor claridad lo que se realiza

en el campo de la salud pública para fortalecer la gestión de los recursos humanos, el desempeño de los sistemas y el desarrollo de las FESP. (1).

El MRCESP es asimismo una herramienta que brinda cuatro aportes importantes: 1. Rompe con la lógica cuantitativa al hablar de recursos humanos en salud; 2. Concibe a las competencias en salud pública como asociadas a instituciones y a ámbitos de práctica de los sistemas de salud; 3. Adhiere al modelo de una fundamentación ética, que incorpora valores comunes para los ámbitos de práctica; y 4. Incluye un modelo de competencias de salud global y promoción de la salud.

La diversidad de las competencias esenciales expresadas en el MRCESP refleja la complejidad de la salud pública y la necesidad de intervenir de forma articulada (16), poniendo como medida inicial, la multidisciplinariedad y la multisectorialidad como características fundamentales, y en donde la formación y la capacitación del THS incorpore perspectivas que transformación de la educación profesional que responda a los retos actuales. (1).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2017.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente los profesionales en fisioterapia y administración pública, que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
- Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales en fisioterapia y administración pública, que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
- Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales en fisioterapia y administración pública, que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
- Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias especiales de salud pública de los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas

6 METODOLOGÍA PROPUESTA

Enfoque de investigación: Cuantitativo

Diseño de investigación: Estudio descriptivo de corte transversal que consideró datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa.

Población y muestra: Participaron en el estudio todos los profesionales en fisioterapia y administración pública (11 y 4 profesionales respectivamente), que conforman los equipos de salud pública en el departamento de Caldas en el año 2017, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión determinados en el estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de información: En la tabla 6, se muestran las técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de la información, para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Tabla 6 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnica	Instrumentos	Objetivo
Encuesta	Cuestionario	No. 1 Caracterizar socio demográficamente los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
Entrevista abierta semiestructurada	Guía preguntas orientadoras	Objetivo No. 2 Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
Encuesta	Instrumento MRCESP	Objetivo No. 3 Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.

Fuente: Elaboración propia

La información se recogió 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”

Procedimiento:

1. Se solicitó autorización a las entidades competentes para contactar a los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública del Departamento de Caldas.
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. El 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.

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 de la información: Se realizó un análisis estadístico para calcular frecuencias, promedios, desviaciones, e intervalos de confianza del 95% para variables cuantitativas.

Análisis univariado: Se realizó análisis estadístico para las variables en función de las frecuencias absolutas y relativas (proporciones, razones y porcentajes).

Análisis bivariado: Se desarrollaron tablas cruzadas para establecer asociación entre las variables de cargo, funciones realizadas y dominios, las competencias se empleó 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.

Análisis de correspondencia simple: Una vez establecida la asociación entre dos variables cualitativas según el estadístico Chi cuadrado, se procedió a encontrar la correspondencia entre las categorías de éstas por medio de mapas perceptuales.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, clasifica ésta investigación como “sin riesgo” (Artículo 1. Literal a): Investigación 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, sociológicas 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 identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La aprobación de este proyecto se realizó por parte del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales, para su constancia se cuenta con el acta No. 68 del mes de junio de 2017.

8 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la investigación titulada “Correspondencia ente las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los fisioterapeutas de administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2017”. El análisis que se presenta a partir de los objetivos del estudio, así:

- A. Caracterizar socio demográficamente los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
- B. Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.
- C. Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.

Caracterizar socio demográficamente los equipos de salud pública del Departamento de Caldas.

Caracterización sociodemográfica: Los instrumentos empleados en el presente estudio se aplicaron a un total de 15 profesionales, de un total de 16 profesionales (11 fisioterapeutas y 4 administradores públicos). De esos 15 profesionales, nueve (9) corresponden al sexo femenino, con una edad mínima de 21 y una máxima de 50 años (media de 37 con una DE 9). Estos datos contrastados con información estadística del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud se corresponden, dado que su estudio de “Caracterización del Talento Humano en Salud: Hacia el Sistema de Información del Registro” muestra como más del 65% del THS del país, corresponde a personas menores de 40 años

De los fisioterapeutas, cuatro (4) tienen vinculación laboral con la Dirección Territorial de Salud de Caldas - DTSC, cuatro (4) con la Alcaldía Municipal de Manizales, y tres (3) más, en los municipios de Salamina, Marquetalia y Pensilvania; con respecto a los Administradores Públicos, uno (1) se encuentra ubicado en la DTSC y los tres (3) restantes,

en los municipios de Filadelfia, La Merced y Marmato, realizando todos ellos, funciones multidisciplinarias enmarcadas en actividades directivas, administrativas y operativas.

Con respecto a los estudios posgraduales de este grupo, los fisioterapeutas optan por opciones variadas, tanto en el área clínica como de la salud pública y administración. Los estudios realizados son en Administración en Salud, Alta Gerencia, Epidemiología, Gerencia en Salud, Gerencia y Calidad en el Trabajo, Rehabilitación y Ortopedia. Para los Administradores Públicos, solo un profesional se encuentra en proceso de especialización (Especialización en Salud Pública), los tres (3) restantes no cuentan con título de posgrado, sin embargo, todos los profesionales (fisioterapeutas y administradores públicos) desempeñan cargos en el área de la salud: Ocho (8) con funciones operativas y siete (7) con funciones directivas.

Con respecto al cargo desempeñado, de los 15 profesionales, tres (3) son profesionales de vigilancia en salud pública, tres (3) profesionales de apoyo a la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC y tres (3) más, secretarios de despacho Municipal; dos (2) se desempeñan en la Unidad de Saneamiento Ambiental, otros dos (2) son el enlace a nivel Departamental de Discapacidad, uno (1) se desempeña como profesional en el Programa de Envejecimiento y Víctimas, y finalmente uno (1) es profesional especializado en salud. Éstos profesionales hacen parte de equipos de salud pública conformados por enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos, bacteriólogos, odontólogos, fonoaudiólogos, ingenieros de sistemas, psicólogos, técnicos de saneamiento ambiental, auxiliar administrativo, ingenieros estadísticos, con un solo profesional para cada una de las profesiones mencionadas. Sólo en la Dirección territorial de salud de Caldas, se cuenta con salubristas dentro del Equipo de salud pública.

En la actualidad se puede evidenciar cómo cada día son más las profesiones que se unen para trabajar en pro de la salud de los colectivos. El Departamento de Caldas no es ajeno a esta intencionalidad, en tal sentido ha realizado esfuerzos por fortalecer su personal sanitario a partir de diferentes perfiles que permita identificar no solo las necesidades poblacionales sino también, las responsabilidades en materia de salud pública, fomentando

la participación comunitaria y la construcción de políticas, planes y proyectos en salud que responsabilicen tanto al Estado como a los colectivos.

Teniendo en cuenta la conformación de estos equipos y contrastando con la información documental recolectada, se ve cómo la fisioterapia a pesar de privilegiar por tradición un campo de la salud enfocada en gran medida en el área clínica, con el paso de los años ha venido diversificando los campos de acción y escenarios de actuación, incursionando en otras áreas como la administración y la salud pública, generando procesos que apoyados por otros profesionales, entre ellos los administradores públicos dentro de las entidades públicas y estatales, que fortalezcan los conocimientos, habilidades y desempeños que permitan abordar desde los diferentes saberes, la salud y las necesidades demográficas y epidemiológicas de una población en permanente cambio, (10).

En este mismo sentido, el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS Colombia), y retomando los planteamientos de la OMS, ve la necesidad de contar con recurso humano en salud en suficiente cantidad y disponibilidad, pero que adicionalmente sea receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes para los diferentes ámbitos de actuación, facilitado al lograr contar con adecuados niveles de formación y experticia, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por robustecer los equipos de salud, se ve como en Caldas solo la mitad de los profesionales cuenta con estudios posgraduales, representando además de una restricción en el aspecto salarial, una limitante en pro del crecimiento y fortalecimiento de los equipos de salud pública, los cuales deben responder con acciones concretas derivadas de la adquisición de nuevos conocimientos y la permanente actualización, a las necesidades, particularidades y generalidades de las comunidades. Estudios como “los recursos humanos de la salud en Colombia del Ministerio de salud”, demuestran que los profesionales mejor remunerados, son quienes tienen mejores y más altos niveles de educación avanzada (16), de igual forma que a mayor nivel de educación es posible incrementar los niveles de productividad e incrementar las posibilidades de generación de un mejor entorno laboral y así, llegar más oportunamente a intervenir las necesidades de los colectivos (10).

Con respecto a las razones de contratación, la mayoría de profesionales de este estudio (ocho), llegaron a este cargo por recomendación o designación política, los demás afirmaron que se encuentra por concurso, idoneidad y convocatoria pública. Esta situación inicial, deja ver las disparidades existentes entre la contratación de talento humano en salud Vs. las necesidades de intervención interdisciplinar de sector. Haciendo referencia nuevamente al OTHS el cual establece la carencia de sinergia entre estos aspectos, ya que según reportan, en algunas regiones del país los profesionales deben adecuar su actuación a las necesidades de contratación de una entidad y no necesariamente a su perfil profesional, lo que dificulta responder adecuadamente a las demandas dadas por las características poblacionales, el perfil epidemiológico de cada territorio, la tecnología y cambios constantes con respecto al modelo atención integral en salud. De igual forma a nivel local, esta situación pone en evidencia la gran influencia política, en cada uno de los cargos asignados, sin tener en cuenta en algunos casos, el grado de experiencia o estudios relacionados con el área administrativa y de la salud pública y dejando de lado iniciativas como la del “llamado Acción de Toronto”, realizado en el año 2005, en donde los países de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud, definen como desafíos, lograr “Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población; y Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población (12)”.

Con respecto al tiempo de permanencia en el cargo (en meses) de este estudio, se evidencia un mínimo de 1 mes y un máximo de 288 meses, con una media de 41,8 meses (desviación estándar muy alta, de 71,6 debidos la disparidad de los datos). Con respecto al tipo de contrato, siete profesionales se encuentran vinculados por Prestación de Servicios y ocho a Término Indefinido. La mayoría de los profesionales de prestación de servicios tienen contrato a seis meses, que se van renovando teniendo en cuenta las necesidades de las entidades. Se observa que el salario de los profesionales que hacen parte de los equipos en

salud pública del Departamento de Caldas, varía entre \$2.000.000 hasta \$5.774.616, teniendo en cuenta que este valor más alto es de un profesional con especialización. Teniendo en cuenta aspectos laborales mencionados anteriormente, se ve la necesidad de tener profesionales con formación superior, no solo para la producción de mayor conocimiento en su campo laboral, sino también en su campo personal y económico.

Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.

Por medio de las Competencias profesionales de la Salud Pública (24) se define como competencia “la capacidad para realizar una tarea concreta de manera adecuada”, sin embargo, para definir competencia profesional, se refiere al “conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de la salud pública desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias”. Teniendo en cuenta que la salud pública es un campo tanto multidisciplinario como multiprofesional, es de resaltar que difícilmente un único profesional puede adquirir o realizar todas las competencias en salud pública. Esta condición ha llevado a que, en el Departamento de Caldas, se hagan esfuerzos por conformar equipos con diversos profesionales afines y no afines al área de la salud en pro de dar respuesta a las necesidades de salud de los colectivos. Para esto, se hace alusión al estudio de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud (25), el cual recalca en el compromiso de los entes territoriales en salud contar con profesionales cualificados a partir de los conocimientos (el saber) para entender y ejecutar una labor, habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática o actividad específica (el saber hacer), estar motivados y tener actitud (querer hacer) y, finalmente, disponer de los medios y recursos necesarios (el poder hacer), pero que además tengan la capacidad de trabajar en equipo y con la flexibilidad necesaria para adaptarse y responder a los constantes cambios del sector salud.

Las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) y las Competencias Esenciales en Salud Pública, fueron creadas con el propósito de apoyar a los Estados de las Américas en sus esfuerzos para fortalecer las capacidades de sus sistemas de salud pública, por medio del

Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP). Con esto se buscó fortalecer las capacidades de los sistemas de salud pública, impulsando el desarrollo de “planes maestros de formación y capacitación” de los recursos humanos de salud, como estrategia para el desempeño óptimo de las FESP, es por esto que se espera que los profesionales que trabajan para la salud pública, desde sus diferentes campos de conocimiento, entren a nutrir y contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la salud de los colectivos.

A partir de este contexto, se procederá a presentar el cumplimiento de las competencias laborales en salud pública, de los profesionales del presente estudio, evidenciando mayor practica en el dominio 1: Análisis de la situación de salud; Dominio 2: Análisis de situación de la salud, Vigilancia, control de riesgos y daños; Dominio 3: Promoción de la salud, participación social y Dominio 5: Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos; y menor práctica de los profesionales en el dominio 6: salud global e internacional.

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

Tabla 7 Dominio 1. Análisis de la Situación de Salud

		Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Dominio 1.1	Fisioterapia	0	2	0	9
	Administración Pública	0	0	2	2
Dominio 1.2	Fisioterapia	0	2	3	6
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 1.3	Fisioterapia	1	2	1	7
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 1.4	Fisioterapia	1	2	1	7
	Administración Pública	0	0	2	2
Dominio 1.5	Fisioterapia	0	3	2	6
	Administración Pública	0	0	4	0
Dominio 1.6	Fisioterapia	1	2	3	5
	Administración Pública	0	1	2	1

Dominio 1.7	Fisioterapia	0	1	3	7
	Administración Pública	0	1	3	0
Dominio 1.8	Fisioterapia	1	1	3	6
	Administración Pública	0	0	2	1
Dominio 1.9	Fisioterapia	0	2	1	8
	Administración Pública	0	0	3	1

Fuente: Elaboración propia

En las competencias 1.1 y 1.2, nueve de los fisioterapeutas y el total de los administradores (cuatro), utilizan 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, así como analizan sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.

En la competencia 1.3, ocho de los fisioterapeutas establecen 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., sin embargo, tres de ellos las realizan algunas veces o nunca. La totalidad de los administradores públicos realizan siempre éstas funciones y las relacionadas con el dominio 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), sin embargo, sólo ocho de los fisioterapeutas las realizan siempre y tres nunca o algunas veces.

Con respecto a la competencia 1.5, ocho fisioterapeutas y los cuatro administradores públicos, siempre o casi siempre recomiendan acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento.

En la competencia 1.6, ocho fisioterapeutas y tres administradores públicos, desarrollan metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud.

En la competencia 1.7, diez de los fisioterapeutas y tres administradores públicos, transfieren 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 clave.

En la competencia 1.8, nueve fisioterapeutas y tres administradores públicos, 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.

Finalmente cerrando el dominio 1, nueve de los fisioterapeutas y los cuatro administradores públicos, 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.

Haciendo un análisis global del dominio 1, se puede encontrar que la potestad y apropiación que los profesionales participantes en el estudio tienen con respecto a la realización de procesos de caracterización y análisis de la situacional de salud poblacional en Caldas es constante, sobre todo por quienes llevan mayor tiempo en el cargo lo cual también es representativo en otros estudios realizados en las Américas, en donde a partir de la contribución que equipos interdisciplinarios básicos municipales, se pueden fomentan los procesos de análisis de situaciones e intervenciones en salud, a partir de las realidades de cada territorio (25).

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 8 Dominio 2. Vigilancia y Control de Riesgos y daños

		Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Dominio 2.1	Fisioterapia	2	1	2	6
	Administración Pública	0	0	2	2
Dominio 2.2	Fisioterapia	2	4	2	3
	Administración Pública	0	1	2	0
Dominio 2.3	Fisioterapia	2	1	1	7
	Administración Pública	0	0	2	2
Dominio 2.4	Fisioterapia	2	1	1	6
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 2.5	Fisioterapia	4	1	1	5
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 2.6	Fisioterapia	2	2	3	4
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 2.7	Fisioterapia	1	2	3	5
	Administración Pública	1	0	1	2
Dominio 2.8	Fisioterapia	2	3	1	5
	Administración Pública	0	2	1	0
Dominio 2.9	Fisioterapia	2	3	0	6
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 2.10	Fisioterapia	3	4	0	4
	Administración Pública	0	1	3	0
Dominio 2.11	Fisioterapia	5	3	1	2
	Administración Pública	0	1	1	1
Dominio 2.12	Fisioterapia	7	2	1	1
	Administración Pública	0	2	1	1
Dominio 2.13	Fisioterapia	5	3	1	2
	Administración Pública	0	1	2	1
Dominio 2.14	Fisioterapia	5	3	2	1
	Administración Pública	0	2	2	0

Fuente: Elaboración propia

En la competencia 2.1, ocho fisioterapeutas y cuatro administradores públicos, analizan 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.

En la competencia 2.2, cinco fisioterapeutas y dos administradores, gestionan las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública

En la competencia 2.3, de los profesionales, ocho fisioterapeutas y cuatro administradores públicos, realizan 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. Sin embargo un administrador no está seguro de realizar estas funciones.

Para la competencia 2.4, siete fisioterapeutas y la totalidad de los administradores definen los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud., sin embargo, 3 fisioterapeutas no las realizan nunca o algunas veces

En la competencia 2.5, seis fisioterapeutas y los cuatro administradores públicos detectan precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.

En la competencia 2.6, cuatro administradores públicos y siete fisioterapeutas, articulan las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.

En la competencia 2.7, tres administradores públicos y ocho fisioterapeutas, comunican 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.

Para la competencia 2.8 un administrador público y seis fisioterapeutas, realizan 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.

En la competencia 2.9, cuatro administradores públicos y seis fisioterapeutas, evalúan 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.

En la competencia 2.10, tres administradores públicos y cuatro fisioterapeutas, hacen estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.

En la competencia 2.11, dos administradores públicos y tres fisioterapeutas, diseñan planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.

Para la competencia 2.12, cuatro administradores públicos y seis fisioterapeutas, diseñan proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.

En la competencia 2.13, tres administradores públicos y cuatro fisioterapeutas, ejecutan respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.

Para la competencia 2.14, dos administradores públicos y tres fisioterapeutas, planifican y ejecutan la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.

Finalmente, en para el dominio 2, todos los fisioterapeutas y administradores publico realizan funciones relacionadas con la ocurrencia, propagación de riesgos y daños para la salud; llevando 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. Realizando principalmente actividades relacionadas con la implementación del Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública; y actividades de seguimiento de riesgos y 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.

Específicamente para el caso del departamento de Caldas, se puede observar el impacto que ambas profesiones tienen dentro de la planeación y ejecución de actividades enfocadas a la vigilancia y control de riesgos y daños, pues desde los cargos administrativos, se cuenta con profesionales (los cuales hacen parte del presente estudio), que desempeñan dichas funciones, sin embargo aún se tiene una carencia grande en la identificación y mitigación de otros eventos que correspondan a amenazas naturales, tecnológicas y biológicas. Estos resultados son compatibles con otros encontrados en España, en donde a partir del análisis del cumplimiento de las funciones de salud pública (FESP) en los municipios grandes y medianos de Catalunya, se ve mayor cercanía hacia la identificación de riesgos, amenazas y daños, la detección precoz de los brotes y epidemias y articulación de las acciones de vigilancia como respuesta de los diferentes sectores y la ciudadanía (26)

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 9 Dominio 3. Promoción de la Salud y Participación Social

		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Dominio 3.1	Fisioterapia	0	1	2	8
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 3.2	Fisioterapia	0	2	1	8
	Administración Pública	0	1	1	2
Dominio 3.3	Fisioterapia	1	2	3	4
	Administración Pública	2	0	0	2
Dominio 3.4	Fisioterapia	1	0	5	5
	Administración Pública	0	1	2	1
Dominio 3.5	Fisioterapia	0	2	4	5
	Administración Pública	0	2	2	0
Dominio 3.6	Fisioterapia	1	0	4	6

	Administración Pública	0	1	1	2
Dominio 3.7	Fisioterapia	0	1	1	9
	Administración Pública	0	1	1	2
Dominio 3.8	Fisioterapia	0	1	3	7
	Administración Pública	0	0	4	0
Dominio 3.9	Fisioterapia	0	1	3	7
	Administración Pública	0	0	4	0
Dominio 3.10	Fisioterapia	0	1	3	7
	Administración Pública	1	0	2	1

Fuente: Elaboración propia

En la competencia 3.1, cuatro administradores públicos y diez fisioterapeutas, valoran 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.

En la competencia 3.2, tres administradores públicos y nueve fisioterapeutas, aplican 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.

Para la competencia 3.3, dos administradores públicos y siete fisioterapeutas, analizan las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud, sin embargo, dos fisioterapeutas y dos administradores públicos no realizan estas funciones.

En la competencia 3.4, de los profesionales, tres administradores públicos y diez fisioterapeutas, diseñan estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.

En la competencia 3.5, dos administradores públicos y nueve fisioterapeutas, reconocen las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.

Para la competencia 3.6, de los profesionales, tres administradores públicos y diez fisioterapeutas, aplican las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.

De los profesionales, diez fisioterapeutas desarrollan 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 (3.7); evalúan 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 (3.8); y promueven 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. (3.9). Con respecto a los administradores públicos, tres realizan funciones relacionadas con el dominio 3.7 y cuatro administradores públicos con el dominio 3.8. y 3.9

Para la competencia 3.9, tres administradores públicos y diez fisioterapeutas, participan 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.

Finalmente cerrando el dominio 3, diez de los fisioterapeutas y los cuatro administradores públicos, realizan funciones enmarcadas en la Promoción de la Salud, utilizando la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.

Es mencionado en el estudio El Enfoque de Competencias para los Equipos de Atención Primaria en Salud, como los profesionales de la salud deben de ser promotores de la participación activa para la prevención de enfermedad y promoción de la salud, desde los diferentes niveles, realizando intercambio de saberes con la población y los actores del sector salud (25). Del mismo modo, otros estudios han establecido la importancia de fomentar acciones en salud destinadas a: a) establecer una estrategia de alerta temprana y respuesta rápida, haciendo uso de los recursos humanos, laboratorios, redes de

comunicación, laboratorios y servicios de salud, las cuales son el reflejo de la capacidad nacional para la prevención y control de las enfermedades; b) promover la investigación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y los factores de riesgo; c) mantener la vigilancia permanente de las condiciones sociales y en salud; y d) Crear una estructura adecuada para analizar la información de forma oportuna, para dar respuesta a las dinámicas de la salud determinada en gran medida por las condiciones sociales de la población (27); estrategias que han sido impulsadas a nivel internacional, tal como lo demuestra el protagonismo que tienen las actividades de educación sanitaria, prevención de caries, vacunación, salud materno – infantil y uso de sustancias adictivas en países como España. (26) mencionado igualmente en este estudio la importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud, realizada principalmente desde el nivel municipal. Así mismo se evidencio en el estudio Comprensión de las funciones de los fisioterapeutas en los equipos de atención primaria de Ontario, gran participación de los fisioterapeutas principalmente en actividades de promoción de la salud y el manejo de enfermedades crónicas, además de tener participación en funciones como gerente, evaluador, colaborador, educador y abogado (28).

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.

Tabla 10 Dominio 4. Política, Planificación Regulación y Control

		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Dominio 4.1	Fisioterapia	0	5	2	4
	Administración Pública	0	1	1	2
Dominio 4.2	Fisioterapia	1	1	3	6
	Administración Pública	0	1	0	3
Dominio 4.3	Fisioterapia	3	1	1	6
	Administración Pública	0	0	2	2

Dominio 4.4	Fisioterapia	1	1	3	6
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 4.5	Fisioterapia	1	0	6	4
	Administración Pública	0	1	2	1
Dominio 4.6	Fisioterapia	0	1	3	7
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 4.7	Fisioterapia	1	0	2	8
	Administración Pública	0	0	1	3

Fuente: Elaboración propia

De los profesionales, tres administradores públicos y seis fisioterapeutas, 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.

En la competencia 4.2, de los profesionales, tres administradores públicos y nueve fisioterapeutas, protegen en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.

Para la competencia 4.3, cuatro administradores públicos y siete fisioterapeutas, administran 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.

En la competencia 4.4, cuatro administradores públicos y nueve fisioterapeutas, evalúan las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados. Sin embargo, se encontró con dos fisioterapeutas no realizan estas funciones

Diez fisioterapeutas, lideran grupos interdisciplinarios que participan 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.(dominio 4.5), 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 (dominio 4.6) y 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)

Por parte de los administradores públicos tres funcionarios realizan actividades relacionadas en los dominios 4.5 y cuatro administradores públicos actividades relacionadas con la competencia 4.6 y 4.7

Para finalizar, diez de los fisioterapeutas y los cuatro administradores públicos, participan en la protección y fiscalización de la salud pública y generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.

Con el panorama aportado por este dominio, y contrastando con la literatura, se refuerza la necesidad de contar con equipos de salud que sean líderes y faciliten los procesos de toma de decisiones, realizando acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y mejoramiento del sistema de salud, respondiendo de manera oportuna, integral y efectiva a las necesidades de salud de la población (29), resaltando igualmente en este estudio, aunque la fisioterapia surgió con un enfoque netamente rehabilitador, se ha preocupado por ampliar sus campos de ejercicio profesional y por participar en acciones de salud pública. (29). De igual forma, el estudio El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud (25), resalta la necesidad e importancia de que los profesionales de los equipos de salud tengan competencias necesarias para realizar intervenciones apropiadas, responder de manera oportuna, integral y efectiva y así facilitar la toma de decisiones para el mejoramiento de las condiciones de salud según las necesidades de la población.

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 Dominio 5. Equidad en el Acceso y Calidad en os Servicios Individuales y Colectivos

		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Dominio 5.1	Fisioterapia	0	1	5	5
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 5.2	Fisioterapia	1	1	5	4
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 5.3	Fisioterapia	0	2	4	5
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 5.4	Fisioterapia	1	3	2	5
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 5.5	Fisioterapia	0	2	1	8
	Administración Pública	0	0	3	1
Dominio 5.6	Fisioterapia	1	3	1	6
	Administración Pública	0	1	2	1
Dominio 5.7	Fisioterapia	0	1	2	8
	Administración Pública	0	0	1	3
Dominio 5.8	Fisioterapia	0	0	4	7
	Administración Pública	0	1	1	2

Fuente: Elaboración propia

Para la competencia 5.1, cuatro administradores públicos y diez fisioterapeutas, respaldan 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.

De los profesionales, cuatro administradores públicos y nueve fisioterapeutas, implementan 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 (5.2) y diseñan planes e implementan prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud (5.3)

En la competencia 5.4, cuatro administradores públicos y siete fisioterapeutas, promueven 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.

Con respecto la competencia 5.5, cuatro administradores públicos y nueve fisioterapeutas, participan 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.

Para la competencia 5.6, tres administradores públicos y siete fisioterapeutas, 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.

En la competencia 5.7, cuatro administradores públicos y diez fisioterapeutas, abogan 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.

Finalmente, en la competencia 5.8, tres administradores públicos y once fisioterapeutas, estimulan y participan en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Cerrando el dominio 5, los fisioterapeutas y administradores públicos, realizan funciones relacionadas para garantizar el acceso a los servicios, 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. Contando con la participación de todos los fisioterapeutas en actividades relacionadas con el dominio 5.8, estimulación y participan en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario.

Contrastando estas funciones con el estudio de Cerpa Bernal, se menciona como los fisioterapeutas han venido teniendo participación en salud pública, por medio de funciones asistenciales e interacción con otros profesionales, permitiéndole trabajar por el bienestar de la salud no solo a nivel individual sino también de forma colectiva y participando en la creación de programas para el mejoramiento de la calidad en salud de la población. (3)

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 Dominio 6. Salud Global e Internacional

		Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Dominio 6.1	Fisioterapia	3	3	2	3
	Administración Pública	1	2	0	1
Dominio 6.2	Fisioterapia	4	2	3	2
	Administración Pública	1	2	0	1
Dominio 6.3	Fisioterapia	3	3	3	2
	Administración Pública	0	1	2	1
Dominio 6.4	Fisioterapia	4	2	2	3
	Administración Pública	0	2	2	0
Dominio 6.5	Fisioterapia	3	5	1	2
	Administración Pública	0	4	0	0
Dominio 6.6	Fisioterapia	3	4	2	2
	Administración Pública	0	1	0	3
Dominio 6.7	Fisioterapia	3	2	3	3
	Administración Pública	0	1	0	3
Dominio 6.8	Fisioterapia	8	1	1	1
	Administración Pública	2	1	1	0

Fuente: Elaboración propia

En la competencia de los profesionales, un administrador público y cinco fisioterapeutas, reconocen las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global. Igualmente se observa que seis fisioterapeutas y tres administradores públicos pocas veces realizan estas funciones.

En la competencia, un administrador público y cinco fisioterapeutas, reconocen 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. Por otro lado, la mitad de los fisioterapeutas y tres administradores públicos pocas veces realizan estas funciones.

Con respecto la competencia 6.3 tres administradores públicos y cinco fisioterapeutas, promueven iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas. Así como el dominio anterior, seis fisioterapeutas realizan poco estas funciones.

En la competencia 6.4 de los profesionales, dos administradores públicos y cinco fisioterapeutas, analizan 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. Por otro lado, seis fisioterapeutas y dos administradores públicos, realizan escasamente estas funciones.

Para la competencia 6.5, tres fisioterapeutas contrastan 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. Solo cuatro administradores públicos realizan estas funciones algunas veces

En la competencia 6.6, tres administradores públicos y cuatro fisioterapeutas, contribuyen 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.

Con respecto a la competencia 6.7, tres administradores públicos y seis fisioterapeutas, respetan y valoran 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.

En la competencia 6.8, un administrador público y dos fisioterapeutas, 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.

Finalmente, con respecto al dominio 6, se evidencia menor grado de participación de los fisioterapeutas y administradores público en estas funciones en comparación con los demás dominios, realizando más funciones con actividades relacionadas con la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para la mejora de la atención a la salud de las poblaciones. Según los resultados anteriores se evidenció como los fisioterapeutas y administrados públicos del departamento de Caldas, realizan con mayor frecuencia actividades relacionadas con los:

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;

Dominio 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

Dominio 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 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.

Dominio 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.

Dominio 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.

Dominio 4: política, 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.

Dominio 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.

Dominio 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.

Por el contrario, dentro de las funciones realizadas con menor frecuencia se encuentra el *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.

Al revisar la literatura disponible, se encontró en la investigación Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado: fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria, se concluyó que la mayoría de estas profesiones participan mayoritariamente en funciones como Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo y de los problemas de salud y el impacto de los servicios sanitarios; Analizar la situación de salud de la comunidad, y Valorar las necesidades de salud de la población, a excepción de ciencias ambientales, en donde se encontraron competencias en actividades Elaborar guías y protocolos; Evaluar servicios y programas y Garantizar la prestación de servicios sanitarios y Gestionar servicios y programas. De igual forma en este mismo estudio, se resalta como en la actualidad se han utilizado las competencias profesionales de salud pública, para clarificar las funciones de los profesionales en este campo. Teniendo la necesidad de realizar una revisión de los programas de salud pública de cada una de las profesiones, generando conocimientos y competencias necesarias para intervenir en el área de la salud pública. (30)

A. Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas.

Para realizar el análisis de correspondencia, se procedió a utilizar el estadístico Chi X^2 , analizando las profesiones seleccionadas (fisioterapeutas y administradores públicos) y el tiempo ejercido en el cargo en meses, con cada uno de los dominios de las competencias esenciales en salud pública, analizando así las variables con mayor significancia (valores de P menores a 0,05 $P = <0,05$).

Tabla 13 Análisis de correspondencia

Dominio	Profesión		Tiempo 1	
	X ²	SIG (P)	X ²	SIG (P)
Competencia 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.	6.632	0.036	2,909	0,573
Competencia 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.	9.38	0,626	3,444	0486
Competencia 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.	1.705	0,636	9,800	0,133
Competencia 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.	3,636	0,304	6,069	0,415
Competencia 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	8,182	0.017	4,000	0,406
Competencia 1.6 Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud	1,193	0,755	5,275	0,509
Competencia 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 clave.	4,773	0,092	1,821	0,769
Competencia 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.	4,481	0,345	10,671	0,221
Competencia 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	6,619	0,037	1,812	0,770
Competencia 2.1 Analizar las amenazas riesgos y daños a la salud para el diseño e	2,216	0,529	7,375	0,288

implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública.				
Competencia 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	5,795	0,215	6,046	0,642
Competencia 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.	3,636	0,304	5,708	0,457
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.	1,364	0,714	5,819	0,444
Competencia 2.5 Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.	2,855	0,415	7,031	0,318
Competencia 2.6 Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.	3,239	0,356	3,025	0,806
Competencia 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.	1,303	0,728	9,884	0,130
Competencia 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.	6,307	0,177	4,425	0,817
Competencia 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.	10,617	0,014	2,970	0,813
Competencia 2.10 Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	10,909	0,012	7,142	0,308
Competencia 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.	5,199	0,267	14,708	0,065
Competencia 2.12 Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.	4,773	0,189	6,402	0,380
Competencia 2.13 Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	4,347	0,226	7,167	0,306

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.	3,750	0,290	5,625	0,466
Competencia 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.	4,318	0,115	5,678	0,225
Competencia 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.	0,852	0,653	4,908	0,297
Competencia 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.	4,773	0,311	12,333	0,137
Competencia 3.4 Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.	3,433	0,329	4,839	0,565
Competencia 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.	3,068	0,216	0,504	0,973
Competencia 3.6 Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.	3,239	0,356	4,775	0,573
Competencia 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.	1,519	0,468	5,977	0,201
Competencia 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.	6,234	0,044	4,071	0,396
Competencia 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.	6,234	0,044	2,143	0,710
Competencia 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	4,389	0,222	7,131	0,309

de salud.				
Competencia 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.	0,511	0,774	4,208	0,379
Competencia 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.	2,216	0,529	5,028	0,540
Competencia 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.	3,920	0,270	3,948	0,684
Competencia 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.	2,946	0,400	7,464	0,280
Competencia 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.	3,239	0,356	3,963	0,682
Competencia 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.	2,855	0,240	2,719	0,606
Competencia 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.	0,434	0,805	3,879	0,423
Competencia 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.	1,151	0,563	3,292	0,510
Competencia 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.	1,972	0,578	11,643	0,070

Competencia 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.	1,321	0,517	10,131	0,038
Competencia 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.	2,003	0,572	3,948	0,684
Competencia 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.	6,619	0,037	3,403	0,493
Competencia 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.	3,373	0,338	7,548	0,273
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.	0,434	0,801	5,591	0,232
Competencia 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.	2,955	0,228	8,878	0,064
Competencia 6.1 Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	1,193	7,55	9,525	0,146
Competencia 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.	2,386	0,496	7,479	0,279
Competencia 6.3 Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	1,619	0,655	6,317	0,389
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.	4,773	0,189	4,708	0,582
Competencia 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.	3,636	0,304	7,778	0,255

Competencia 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.	4,773	0,189	7,333	0,291
Competencia 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.	3,920	0,270	7,875	0,247
Competencia 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.	1,705	0,636	7,450	0,281

En la tabla 13 se presentan las asociaciones a partir del estadístico de prueba Chi Cuadrado. Con respecto la variable profesión, se presentó asociación con las siguientes competencias:

- **1.1 (P 0,036)**; 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.
- **1.5 (P 0,017)**; 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
- **1.9 (P 0,037)**; 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.
- **2.9 (P 0,014)**; 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 (P 0,012)**; Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.
- **3.8 (P 0,044)**; 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.

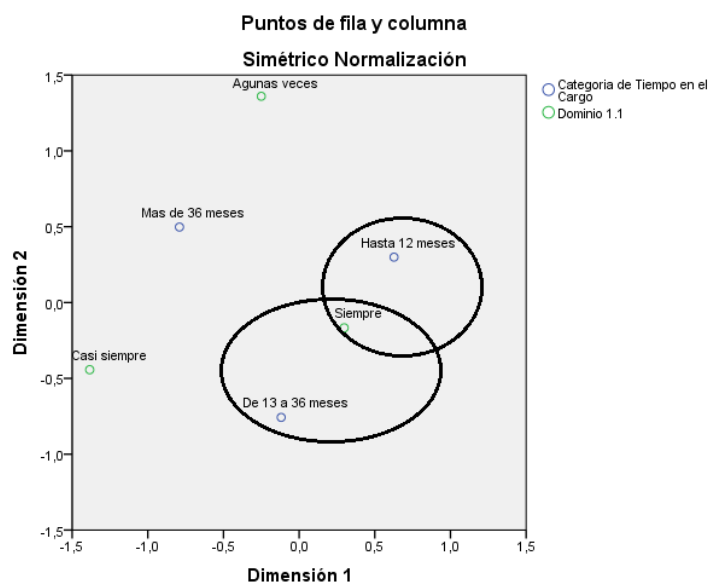
- **3.9 (P 0,044);** Promover la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.
- **5.5 (P 0,037);** 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

Para la variable tiempo de permanencia en el cargo, se presentó asociación con la competencia **5.3 (P 0,038);** 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.

Es de aclarar, que no se encontró asociación entre las categorías de los dominios con la variable tipo de funciones, pues para el caso de los fisioterapeutas y administradores públicos todos realizan funciones de tipo multidisciplinar.

Correspondencia profesiones y dominios con mayor significancia

Ilustración 3 Relación entre la competencia 1.1. y la variable Tiempo en el Cargo

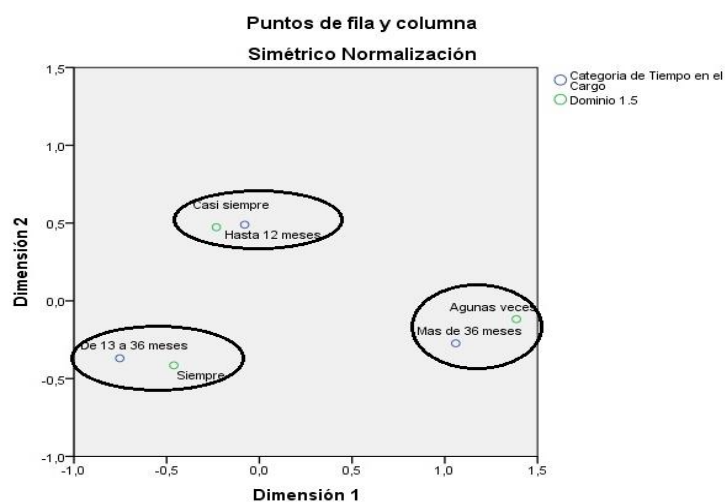


Fuente: Elaboración propia

Al analizar la correspondencia, entre los profesionales fisioterapeutas y administradores públicos, con el tiempo (meses) en el cargo, se obtuvo una asociación significativa ($p < 0,05$) en el Dominio 1.1

Evidenciando que los profesionales de 12 meses y entre 13 – 36 meses, siempre utilizan 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.

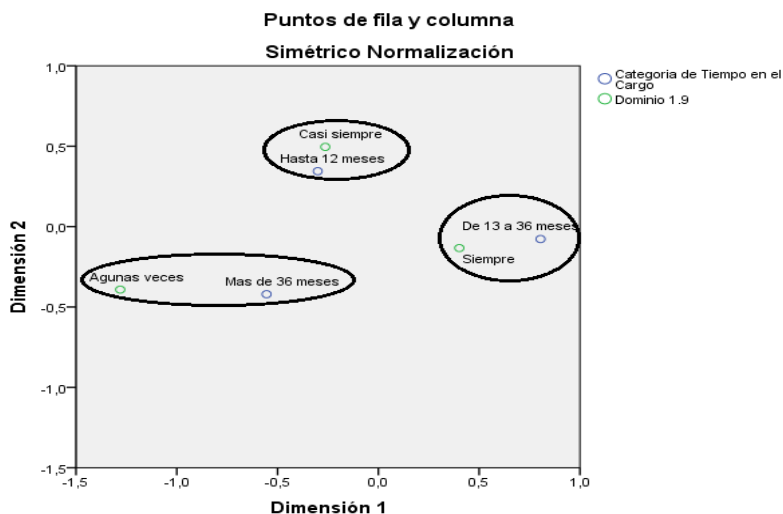
Ilustración 4 Relación entre la competencia 1.5 y la variable tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia

Se encontró asociación significativa entre las dos profesiones de estudio y la competencia 1.5; es decir 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, en donde los profesionales con permanencia en el cargo entre 13 -36 meses, siempre realizan funciones de este dominio y los que tiene más de 36 meses en el cargo realizan están funciones algunas veces

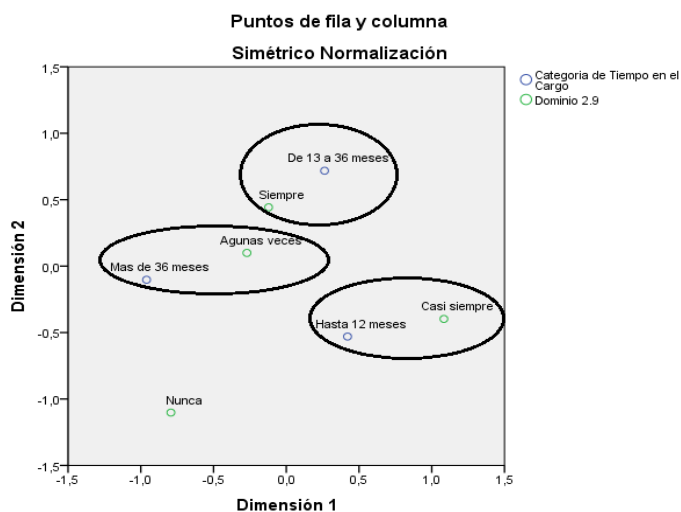
Ilustración 5 Relación entre la competencia 1.9 y la variable tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo asociación entre la competencia 1.9, que los profesionales que llevan hasta 12 meses de experiencia en el cargo siempre administran 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. Los profesionales con más de 36 meses, algunas veces realizan dichas funciones.

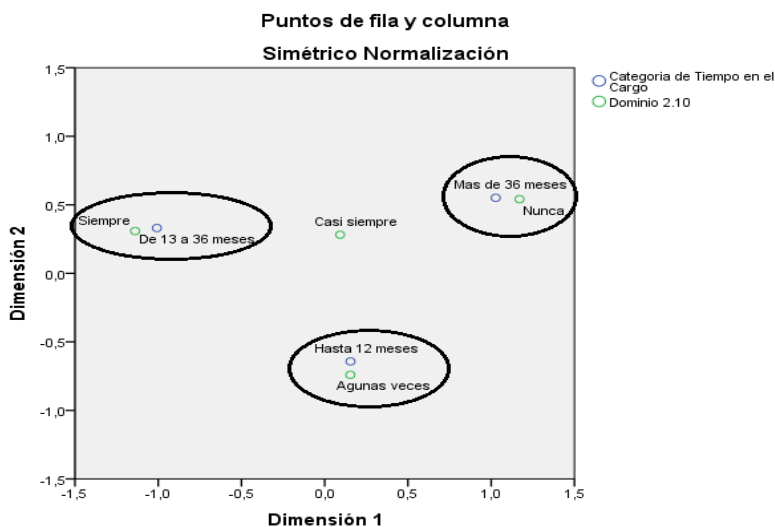
Ilustración 6. Relación entre la competencia 2.9 y la variable tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo asociación entre la competencia 2.9 y 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; observando que los profesionales con experiencia hasta 12 meses y de 13 – 36 meses, realizan estas funciones siempre y casi siempre y los profesionales con más tiempo en el cargo realizan estas funciones algunas veces.

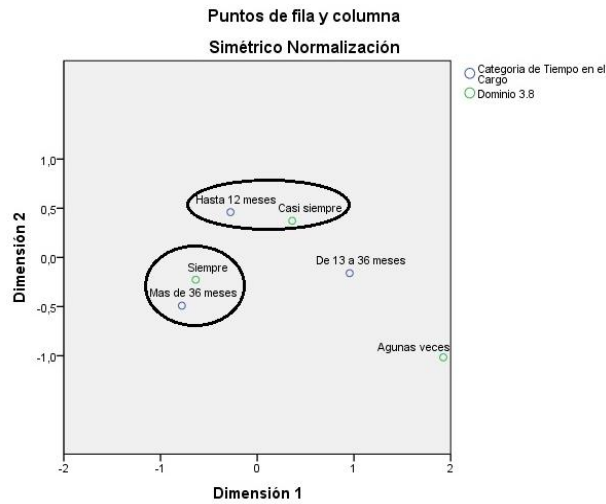
Ilustración 7 Relación entre la competencia 2.10 y la variable tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo asociación entre la competencia 2.10 (elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión); y el tiempo en el cargo de hasta 12 meses y de 13 – 36 meses, realizando estas funciones siempre y algunas veces y los profesionales con más tiempo en el cargo, nunca realizan estas funciones.

Ilustración 8 Relación entre la competencia 3.8 y la variable tiempo en el cargo

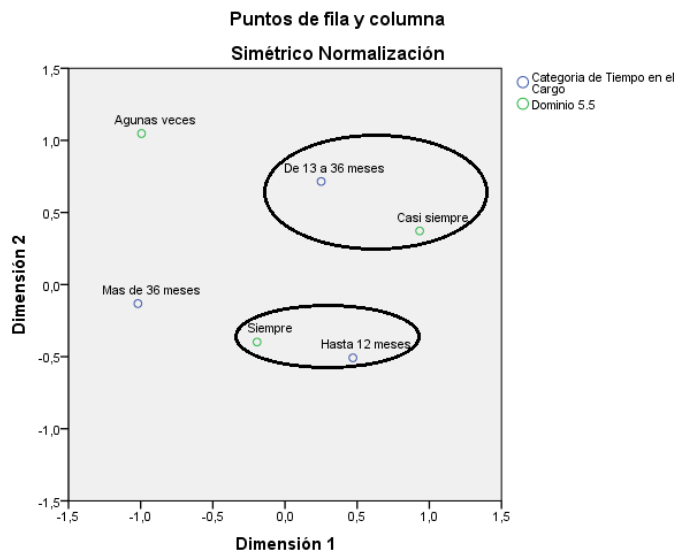


Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo asociación entre la competencia 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); y el tiempo en el cargo. Los profesionales con hasta 12 meses y de 13 – 36 meses de experiencia realizan estas funciones siempre y casi siempre

Entre la competencia 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.

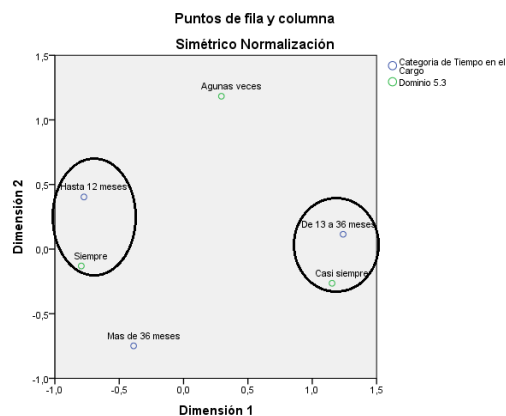
Ilustración 9 Relación entre la competencia 5.5 y la variable tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo asociación entre la competencia 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); y los profesionales con experiencia en el cargo entre 13 – 36 meses, en donde casi siempre realizan estas funciones. Los que llevan poco y mucho tiempo en el cargo (hasta 12 meses y más de 36 meses), realizan siempre dichas funciones

Ilustración 10 Relación entre la competencia 5.3 y la variable tiempo en el cargo



Se obtuvo asociación entre la competencia 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) y el tiempo en el cargo. Los profesionales que llevan en el cargo hasta 12 meses las realizan siempre) y los que llevan entre 13 y 36 meses casi siempre.

Con los resultados anteriores, es de resaltar el hecho de que la realización y cumplimiento de forma sistemática de las competencias en salud pública, resulta ser una característica de los profesionales con el menor tiempo de contratación en el cargo, lo que de igual forma coincide con profesionales de edades más jóvenes, explicado posiblemente, por la actual estructuración y aplicación de las funciones en salud pública establecidas a partir de competencias (aplicadas a partir del año 2010), así como los esfuerzos por lograr hacer análisis e interpretaciones del estado de salud de las comunidades y sus determinantes como ruta de planificación de la salud, teniendo como marco los Determinantes Sociales de la Salud, encontrados en los documentos territoriales de Análisis de la Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, tal como se encontró en el presente estudio, al demostrar mayor asociación entre los profesionales con menor tiempo en el cargo y la realización de estas funciones en sus lugares de trabajo.

Otro aspecto a resaltar en el departamento de Caldas, radica en ser modelo y referente a nivel nacional con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, designando en cada municipio del departamento, profesionales destinados desde la DTSC a realizar estas funciones, de las cuales hacen parte tres fisioterapeutas, dando cumplimiento a lineamientos y estándares a nivel nacional, al definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación y articulación con diversas entidades territoriales de índole tanto público con privado, con el fin de disponer de información adecuada y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sistema de salud, se precise modelos y protocolos de atención, se fomente la investigación y se potencialice la formulación de políticas en salud que se materialicen en un mayor estado de bienestar y salud de la población colombiana (26).

De igual manera, se ha encontrado que a nivel municipal, los procesos educativos tienen un mayor protagonismo en las actividades enmarcadas la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin embargo, tal como fue mencionado anteriormente, estas actividades son realizadas por profesionales relativamente nuevos en los cargos, evidenciándose asociación entre estas funciones y profesionales con menor tiempo en los puestos de trabajo, indicando nuevamente, que al parecer, los profesionales más actualizados y familiarizados con las FESP y las competencias en salud pública, resultan ser los profesionales más jóvenes.

Por otro lado, según los resultados se evidenció menor grado de participación de estos profesionales (fisioterapeutas y administradores públicos), en funciones relacionadas con la salud global e internacional; con poca realización de funciones encaminadas a la utilización 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, lo cual fue concordante con el presente estudio, en donde funciones relacionadas con el dominio seis, relacionadas con la salud global e internacional, son difíciles de cubrir, no solo desde la capacidad de respuesta, sino también desde el nivel de jerarquización para determinadas funciones

Teniendo en cuenta que este estudio fue realizado a nivel municipal y nivel Departamental, se evidenció menor práctica en las funciones relacionadas con este último dominio seis, evidenciando así como estas funciones son de responsabilidad mayor de las entidades sanitarias superiores (INS Instituto Nacional de salud y Ministerios de Salud y Protección social MSPS) ,así mismo es destacado como hay una serie de actividades básicas en materia de salud pública que los municipios no cubren, pero que tampoco parecen cubiertas por otras estructuras. La distinción entre funciones y actividades permite apreciar que muchos municipios asumen más la responsabilidad de las funciones de salud pública que la realización directa de actividades. Esto puede reflejar la responsabilidad política imperante el sector salud en donde la principal motivación debe ser que las necesidades de la población estén cubiertas satisfactoriamente. Sí parece razonable que, para poblaciones de

ciertas dimensiones, los gobiernos locales puedan garantizar tal cobertura, aunque no lo hagan directamente con servicios propios (26)

9 CONCLUSIONES

- Para garantizar el adecuado desempeño profesional y ocupacional basado en las Funciones Esenciales de Salud Pública, es necesario tener presente las competencias esenciales en salud pública de las diferentes profesiones tanto a nivel individual como a nivel interdisciplinario
- Debe estar sobre la mesa la necesidad de participación y vinculación activa de nuevos profesionales en el área administrativo y el área de la salud pública, por lo que se espera que estudios de éste tipo, sirvan de insumo a las diferentes entidades a nivel municipal, departamental y Nacional, para orientar las acciones en salud pública a partir de las políticas, planes, programas y proyectos que faciliten la toma de decisiones en salud.
- Las acciones en salud pública están mediadas por factores como el nivel de formación de los profesionales, tiempo de experiencia, trayectoria laboral y funciones a realizar según su capacidad y necesidades de la comunidad.
- Los profesionales con menor tiempo de experiencia en los cargos, tienen en cuenta en mayor medida los lineamientos y directrices emitidos por las Funciones Esenciales en Salud Publica FESP y las competencias esenciales en Salud Publica. Por lo tanto, se podría decir, que los profesionales con fecha de graduación de corto y mediano plazo, son los que tienen mayor nivel de empoderamiento sobre las Funciones Esenciales en Salud Publica FESP y las competencias esenciales en Salud Publica
- Los equipos modernos de salud pública, cuentan con mayor diversidad de profesionales, con participación de profesiones no solo del área de la salud, sino también otras áreas

- Por medio de la creación de las competencias esenciales en salud pública y funciones esenciales en salud pública, se logró fortalecer acciones encaminadas al mejoramiento no solo de la salud individual, sino también de la salud colectiva, con el apoyo de diferentes instituciones y profesionales con capacidades necesarias desde los diferentes ámbitos de práctica de los sistemas de salud.
- Las competencias menos desarrolladas tanto por fisioterapeutas como por administradores públicos corresponden al dominio seis (salud internacional y salud global) así como las competencias relacionadas con la prevención y gestión del riesgo en salud
- La mayoría de profesionales que se desempeñan en el área de la salud y salud pública no cuentan con estudios especializados o posgraduales, a pesar de trabajar con entidades públicas y en el sector salud.

10 RECOMENDACIONES

- Es necesario tener un mayor empoderamiento de las competencias esenciales en salud pública desde los equipos de salud pública del departamento, tanto desde el sector público como privado, que favorezcan el buen ejercicio de la salud pública.
- El desempeño profesional en salud pública debe estar articulado desde los diferentes sectores, niveles, entes y diferentes profesionales, para mejorar la salud a nivel individual y colectivo, ya que la salud pública no es unidireccional
- Es evidente la importancia de tener una actualización permanente de información secundaria disponible, como bases de datos, normatividad y adelantos tecnológicos en salud pública, que favorezcan el desarrollo de nuevas investigaciones, y con esto el proceso de toma de decisiones en salud.
- Los procesos de capacitaciones del talento humano en salud deben estar determinados a partir de competencias requeridas para las actuaciones en salud pública
- Generar estrategias de seguimiento al desempeño profesional de las competencias esenciales en salud pública en los profesionales que conforman los equipos de salud pública.

11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En Colombia, existen múltiples fuentes de información que producen información sobre la situación de salud de la población (mortalidad, morbilidad, discapacidad y atenciones en salud), pero para llevar a cabo un monitoreo y evaluación del talento humano en salud, las fuentes de información con variables relevantes son limitadas.

A partir del rastreo bibliográfico realizado para la presente investigación, se encontraron muy pocas investigaciones y fuentes secundarias que alimentaran los antecedentes del presente estudio, por lo que las posibilidades de contrastación y soporte de datos fueron reducidas

Debido a la muestra del estudio tan pequeña (pues ésta se refería exclusivamente a los profesionales de fisioterapia y administración pública del departamento de Caldas), no fue posible determinar otros estadísticos que alimentaran los resultados y por lo tanto permitan hacer el cruce de variables y sus análisis respectivos.

12 RESULTADOS/PRODUCTOS ESPERADOS Y POTENCIALES

BENEFICIARIOS:

12.1 Relacionados con la generación de conocimiento y/o nuevos desarrollos tecnológicos:.

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Un artículo científico resultado de investigación en revista indexada	Publicación en revista indexada	Comunidad académica Direcciones locales y territoriales de salud

12.2 Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional:

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Trabajo de grado sustentada y aprobada por comunidad científica	Trabajo de grado aprobado	Comunidad científica

12.3 Dirigidos a la apropiación social del conocimiento

Resultado/Producto esperado	Indicador	Beneficiario
Socialización de resultados a nivel departamental central (DTSC), así como en los municipios incluidos interesados en conocer los resultados	Ponencia de socialización de resultados	Comunidad académica Direcciones locales y territoriales de salud

13 IMPACTOS ESPERADOS

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto), mediano, largo	Indicador verificable	Supuestos¹
Fortalecimiento de los equipos de salud pública del departamento de Caldas, tanto en número como en sus funciones	Mediano plazo	Desempeño laboral y ocupacional de los integrantes de los equipos de salud pública del departamento	
Cualificación de los integrantes de los equipos en salud pública, en cuenta a normatividad nacional e internacional vigente en materia de salud pública.	Mediano plazo	Desempeño profesional en competencias esenciales en salud pública, en articulación con normatividad vigente	

¹ Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones, necesarios para que se logre el impacto esperado.

14 ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

Título de la investigación: Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los Fisioterapeutas y los Administradores públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2017.

Manizales 16 de noviembre de 2016

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 **Ángela Carolina García Alzate**, estudiante de la Maestría en salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación de encuesta de caracterización sociodemográfica
2. Aplicación de la encuesta para recoger información relacionada con las funciones propuestas por el Marco Regional de funciones Esenciales en Salud Pública.
3. Entrevista abierta semiestructurada individual
4. Grupo focal.

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.

HUELLA

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

TITULO: Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los Fisioterapeutas y Administradores Públicos en el departamento de Caldas, 2017.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los fisioterapeutas y Administradores Públicos en el departamento de Caldas, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente los fisioterapeutas y administradores públicos de los equipos de salud pública del departamento de Caldas
- Identificar las competencias laborales que tienen los fisioterapeutas y administradores públicos de los equipos de salud pública del departamento de Caldas
- Describir las competencias esenciales en salud pública de los fisioterapeutas y administradores públicos de los equipos de salud pública del departamento de Caldas

JUSTIFICACION:

Los resultados de esta investigación serán insumos para la toma de decisiones de las autoridades sanitarias territoriales al momento de conformar los equipos de salud pública de tal manera que respondan a las características territoriales de acuerdo a las propuestas realizadas por los expertos para una mejor práctica de la salud pública.

PROCEDIMIENTOS:

Selección de los informantes.

Solicitud de consentimiento informado

Recolección de la información

RIESGOS ESPERADOS:

Disponibilidad de tiempo de los informantes para diligenciar los instrumentos. Cambios políticos en la conformación de los equipos de salud pública.

BENEFICIOS:

Información actualizada para la toma de decisiones para la gestión de la salud pública en las entidades territoriales.

ANEXO 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO



Formato N° _____

CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS FISIOTERAPEUTAS Y ADMINISTRADORES PÚBLICOS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 2017

Fecha:	Ciudad:	Entidad	
Nombres y apellidos:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1. Técnico <input type="checkbox"/> 2. Tecnológico <input type="checkbox"/> 3. Pregrado <input type="checkbox"/> 4. Especialización <input type="checkbox"/> 5. Maestría <input type="checkbox"/> 6. Doctorado	Nombre del postgrado:	Fecha (año) del último título:	Cargo desempeñado en la entidad:
Tiempo en ese cargo: (en años 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			Sus funciones son: <input type="checkbox"/> 1. Disciplinarias

desempeña en ese cargo:		<input type="checkbox"/> 2. Multidisciplinares
Qué otras profesiones o disciplinas integran el equipo		

ANEXO 3. ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA

CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS FISIOTERAPEUTAS Y ADMINISTRADORES PÚBLICOS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 2017

Entrevista abierta semiestructurada

Guía de preguntas orientadoras sobre competencias laborales

Código:

Lugar:

Fecha:

Duración:

Nombre del entrevistador:

Nombre del entrevistado:

Profesión:

Cargo desempeñando:

Tiempo de duración en el cargo:

Entidad territorial a la que está vinculado:

Las Competencias Laborales Generales (CLG) son el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que un joven estudiante 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

1. Por favor describa una jornada laboral típica en su cargo como miembro de un equipo de salud pública.

ANEXO 4. INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA QUE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN ESTE ESTUDIO

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los Fisioterapeutas y Administradores Públicos que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas, 2017

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.

CODIGO	COMPETENCIAS					
	DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

definición de políticas públicas de salud						
1.1	Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.					
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 clave.					
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					
<p align="center">DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.</p> <p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población.</p> <p>Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>		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.					

<p>DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.</p> <p>La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio.</p>		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.					

<p align="center">DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.</p> <p>Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.</p>		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 trasnacional 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!

15 BIBLIOGRAFÍA

1. Conejero JS, Godue C, Francisco J, Gutiérrez G, Valladares LM, Rabionet S, et al. Competencias esenciales en salud pública : un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(3):47–53.
2. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gomez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gac Sanit. 2003;17(Supl 3):23–34
3. Cerpa, JB. Análisis de las acciones del fisioterapeuta en la ejecución de la política de salud pública en el hospital de suba empresa social del estado II nivel. Bogotá: Escuela superior de administración pública; 2010. P.1- 48.
4. OMS/OPS. Washington, D.C. La salud pública en las américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. 2002. P. 1-417
5. Castellanos, J. Jaramillo, D. Gómez, D Experiencias de intervención fisioterapéutica en las prácticas formativas del programa de fisioterapia de la universidad autónoma de Manizales. 2005-2011.
6. Sierra, O. El observatorio de recursos humanos en salud de Colombia: red nacional de producción e intercambio de información y conocimiento para el aprendizaje institucional y la movilización de recursos. Facultada nacional de salud pública 2004;22:0120-386.
7. Ley 1164 de 2007. Por el cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud. Congreso de Colombia. 2007
8. Cordero, C. Perfil profesional del terapeuta físico o fisioterapeuta. Colegio de médicos y cirujanos de costa rica 2010:4.
9. Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI), Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (COLFI), Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (ACEFIT).

Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Desarrollo de Talento Humano en salud. Perfil profesional y competencias del fisioterapeuta en Colombia. Bogotá, D.C, mayo de 2015

- 10.** Carvajal, L. J. ¿Qué debe hacer la administración pública colombiana para ser exitosa? Cajicá: Universidad Militar Nueva Granada; Facultad de ciencias económicas. Especialización en finanzas y administración pública. 2015.
- 11.** Plan Decenal de salud pública 2012 -2021. Ministerio de salud y Protección Social. Bogotá Marzo. 2013
- 12.** Organización Panamericana de la salud. Llamado a la acción de Toronto. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. octubre de 2005.
- 13.** Ministerio de Salud y protección social. Política de Atención Integral en Salud PAIS. Resolución 429 del 2016. Bogota.D.C.2016.
- 14.** Manzur, G., Morales. R. Equipo de salud: comunicación y conflicto. 1- 11
- 15.** García. C. La salud pública como núcleo temático y problemático en la formación médica. Bogotá DC: Universidad de la sabana; 2002.
- 16.** Ministerio de Salud y protección social. Perfiles y competencias profesionales en salud. Colombia 2016.
- 17.** Rodríguez, A.O. El perfil profesional del administrador público. Revista de administración pública 1983. Vol. 54. P385 – 389
- 18.** Lozano. A. Etal. ¿Hacia dónde va el estado colombiano? Producto uno perfil general del administrador público de la ESAP. Bogotá: escuela superior de administración pública oportunidad estratégica; 2014.

19. Alcantara. G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Universidad de los Andes. Revista Universitaria de Investigación. Redalyc 2008;9(1):93-107.
20. Guerra. C. La salud pública en las américas: documento conceptual y operacional. Vol.1. P. 1-14.
21. Francesc Borrel. El modelo biopsicosocial en evolución. Universidad de Barcelona. 2002;119(5):175-9
22. Betsy Moscoso Rojas, Lizardo Huamán Angulo, Manuel Núñez Vergara, Ena Llamosas Felix, Walter Pérez. Inequidad en la distribución de recursos humanos en los establecimientos del Ministerio de Salud de cuatro regiones del Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Revista Anales de la Facultad de Medicina. Volumen 76. Lima, Perú. 2015
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Talento Humano en Salud en Colombia. Bogota.D.C. 2015. 1-67
24. Fernando G. Benavidesa, Carmela Moya. Etal2006. Las competencias profesionales en Salud Pública. Sociedad Española de epidemiología
25. Rey.A.C. Ramirez.N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.12 no.25 Bogotá.2013.
26. Lindez. P, Villalbi, J.R, Vaque. J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. Institución municipal de salud pública. Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona 200. 164 -171.
27. Andraghetti, R. Las enfermedades emergentes y reemergentes, factores condicionantes para la aparición de estas enfermedades y su prevención y control. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004

28. Dufour.P. Deborah S. Etal. Understanding Physiotherapists' Roles in Ontario primary health care teams. *Physiother Can.* Verano 2014; 66 (3): 234-242.
29. Castro, Laura E. Rodríguez Y. Tendencia epistemológicas de las acciones de la salud pública, una revisión desde la fisioterapia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.* 2015.
30. Davo C.Vives C. Etal. Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado: fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria. España. *Gac Sanit.* 2014;28(2):123–128
31. Organization TPAH. Declaración de Alma-Ata. In: *Declaración de Alma-Ata; 1978; alma ata; 1978.* P. 3.
32. Etal rfc. Los recursos humanos de la salud en Colombia balance, competencias y prospectiva. Pontificia universidad javeriana - ministerio de la protección social y salud 2002. P. 1 - 239.
33. Vergara. M. Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales. *Manizales: universidad Autónoma de Manizales; 2006.*