



**CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS
PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2018.**

YURANI ALEXANDRA CERÓN MOSQUERA

ALEJANDRA CATALINA OSPINA ORJUELA

MSP 8

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2021

CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y COMPETENCIAS
ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS PROFESIONALES DE LOS EQUIPOS
DE SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2018.

Autores

YURANI ALEXANDRA CERÓN MOSQUERA

ALEJANDRA CATALINA OSPINA ORJUELA

Proyecto de grado para optar al título de Magister en salud pública

Directoras de trabajo de grado

EUGENIA NIETO-MURILLO. ENF, MSC.

TATIANA GONZÁLEZ PÉREZ. OD, MSC.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES, 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios y a la virgen

que nos dieron la sabiduría para enfrentar este camino,

a nuestras familias una eterna gratitud por el apoyo constante

y la comprensión de cada día, de igual forma agradecemos

a los docentes y a la universidad autónoma de Manizales,

esto es por ustedes y para ustedes

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima. Colombia, (2018).

Metodología: estudio descriptivo transversal con datos cualitativos y cuantitativos, población objeto conformada por profesionales de los equipos de salud pública en el año 2018. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Uso de paquete estadístico SPSS V23 con un margen de confianza del 95% para variables cuantitativas. **Resultados:** La mayoría de los profesionales que ejercen en el área de salud pública en el año 2018 en el departamento del Tolima son de sexo femenino, 80.8 %, con una edad promedio de 37.5 años, con una desviación de la media de 12. Se encontró correspondencia entre la variable tiempo en el cargo y algunas competencias de los dominios 1 y 2: a mayor tiempo en el cargo, menor es el cumplimiento de la competencia 1.3 que está relacionada con las 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. Entre mayor tiempo en el cargo menor es el cumplimiento de la competencia para la generación de 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.

Conclusiones: El tiempo en el cargo, demanda procesos sistemáticos de capacitación y educación continuada para garantizar una mejor práctica de la salud pública.

Palabras Clave: competencia profesional (tomado del tesauro de la UNESCO), Personal de salud (Tomado del DeCs)

ABSTRACT

Objective: To identify the correspondence between the occupational competencies and the essential competencies in public health performed by the professionals who make up the public health teams in the Department of Tolima. Colombia, (2018). **Methodology:** cross-sectional descriptive study with qualitative and quantitative data, target population made up of professionals who made up the public health teams in 2018. Non-probabilistic sampling, for convenience. Use of SPSS V23 statistical package with a 95% confidence margin for quantitative variables. **Results:** The majority of professionals working in the area of public health in 2018 in the department of Tolima are female, 80.8%, with an average age of 37.5 years, with a deviation from the average of 12.

Correspondence was found between the time variable in the position and some competencies of domains 1 and 2: the longer the position, Lesser is the compliance with competence 1.3 which is related to public health priorities to respond to the health needs of the population, including the characterization of risk and the demand for health services. The more time in the middle position, the less time it takes to fulfill the competence for the generation of information useful for the evaluation of the performance of health services and the impact of population interventions generated through research.

Conclusions: Time in office demands systematic training and continuing education processes to ensure better public health practice.

Keywords: professional competence (taken from the UNESCO thesaurus), Health personnel (Taken from the DeCs)

CONTENIDO

1	ANTECEDENTES, ÁREA PROBLEMÁTICA, Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1	ANTECEDENTES	14
2	ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
3	JUSTIFICACIÓN	30
4	REFERENTE TEÓRICO	35
4.1	POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	36
4.1.1	Modelo Integral Territorial – MAITE	40
4.2	POLÍTICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD	44
4.3	FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA	45
4.4	MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA - MRCESP	47
4.5	PERFIL DEL FISIOTERAPEUTA EN COLOMBIA	48
4.5.1	Perfil Profesional	49
4.5.2	Perfil Ocupacional Del Fisioterapeuta	50
4.5.3	Competencias Del Fisioterapeuta En Colombia.	53
4.6	PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO EN COLOMBIA	57
4.6.1	Perfil profesional.....	57
4.6.2	Competencias De La Enfermera/O En Colombia.....	59
4.7	PERFIL DEL PSICÓLOGO EN COLOMBIA EN EL CONTEXTO DE SALUD.	62
4.7.1	Competencias Profesionales.	63
4.8	CONTEXTUALIZACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA.....	64
4.8.1	Características Físicas del Departamento de Tolima	64
4.8.2	Situación En Salud Departamento Del Tolima.....	73
4.8.3	Situación Inclusión Social Población.	75
4.8.3.2	<i>Situación adulto mayor</i>	76
4.8.3.3	<i>Situación etnias</i>	76

4.9	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	77
5	OBJETIVOS	79
5.1	OBJETIVO GENERAL	79
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	79
6	METODOLOGÍA.....	80
6.1	PROCEDIMIENTO	83
6.2	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	83
6.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
7	RESULTADOS	85
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES Y ACTIVIDADES LABORALES.....	85
7.2	COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (CESP), DE ACUERDO CON EL MARCO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA (MRCESP)	89
7.3	ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA	117
8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	128
9	CONCLUSIÓN	132
10	RECOMENDACIONES	134
11	REFERENCIAS	136
12	ANEXOS.....	145

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Campos de acción del fisioterapeuta	52
Tabla 2. Competencias profesionales transversales del fisioterapeuta en Colombia	54
Tabla 3. Competencias específicas profesionales de los fisioterapeutas.....	55
Tabla 4. Características profesionales del profesional de enfermería	58
Tabla 5. El Departamento del Tolima y sus subregiones	68
Tabla 6. Población proyectada por sexo y área geográfica.	70
Tabla 7. Tipo de afiliación de la población del Tolima, año 2018.....	70
Tabla 8. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	81
Tabla 9. Características sociodemográficas de los profesionales que integran el equipo de salud pública del departamento del Tolima 2018.....	86
Tabla 10. Características laborales de los profesionales que integran el equipo de salud pública del departamento del Tolima 2018	89
Tabla 11. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 1 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	90
Tabla 12. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 2 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	93
Tabla 13. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 3 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	100

Tabla 14. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 4 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	105
Tabla 15. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 5 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	109
Tabla 16. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 6 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.	113
Tabla 17. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2	118
Tabla 18. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2	118
Tabla 19. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Datos generales del Departamento del Tolima	67
Figura 2. Mapa División del departamento del Tolima por subregiones	68

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1 Mapa perceptual de la asociación entre la competencia 1.3 y tiempo en el cargo de los profesionales equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018	122
Gráfica 2 Relación lineal entre la competencia 1.4 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018.	123
Gráfica 3 Relación lineal entre la competencia 2.8 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018.	124
Gráfica 4 Relación lineal entre la competencia 2.10 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018	125
Gráfica 5. Relación lineal entre la competencia 2.13 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018.	126
Gráfica 6. Relación lineal entre la competencia 2.14 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018	127

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado	145
Anexo 2. Resumen.....	146
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico	146
Anexo 4. Instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los profesionales que participan en este estudio	148

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, resalta en uno de sus principios que los recursos humanos son la base del sistema de salud, este reconocimiento es un factor crítico para lograr objetivos dentro de dicho sistema en el Estado colombiano, resaltando el rol del talento humano de los profesionales de la salud quienes son un actor fundamental en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en la materia, es decir, son el medio y a su vez garantes de la ejecución de planes y métodos para la reivindicación y acceso al disfrute del derecho fundamental a la salud consagrado en la Constitución Política colombiana.

También es importante reconocer el ejercicio realizado por parte del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) compuesto por instituciones públicas y privadas y profesionales expertos en la materia, cuya función es la construcción, desarrollo, análisis, y difusión de información sobre el talento humano del sector salud que se desempeña dentro de la red pública como caso específico, quienes deben estar conectados con las necesidades de la población, tener la capacidad de generar soluciones ante dificultades inmediatas y conocer ampliamente la situación de sus regiones, lo que les permitirá plantear estrategias que generen un proceso participativo y una mejor implementación de las políticas y normas frente a la situación de salud actual (1,2) esto desarrollado por cada una de las entidades territoriales e instituciones competentes en materia de salud.

En este sentido la OPS establece las competencias para un adecuado desempeño de los integrantes de los equipos de APS, implicando (saber) conocimientos para entender y ejecutar una labor, (saber hacer) el cual brinda habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática, actividad específica o en un determinado contexto, el (querer hacer) hace referencia a la motivación y actitud, y por último (poder hacer) el cual permite disponer de los medios y recursos necesarios; lo anterior permite incursionar en las competencias en salud pública las cuales deben ser desarrolladas por los profesionales que trabajan en este ámbito (3).

En el presente documento se busca dar cuenta sobre la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales de Salud Pública, CESP, de Fisioterapeutas, Enfermeros y Psicólogos que se desempeñan en del Departamento del Tolima en sus respectivas secretarías de Salud en el año 2018. De igual forma se caracterizan sus perfiles profesionales a la luz de la normatividad vigente y se identifican las competencias esenciales en salud pública de los profesionales sujetos de estudio en el ejercicio de sus funciones caracterizando la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE) así como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). A través de la estadística descriptiva se analizan las características demográficas, sociales y laborales de los profesionales involucrados y su influencia en el ejercicio de las actividades propias de la función llevadas a cabo en su entorno laboral.

1 ANTECEDENTES, ÁREA PROBLEMÁTICA, Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ANTECEDENTES

La salud pública en el mundo ha venido realizando grandes esfuerzos en los últimos años para lograr su fortalecimiento y posicionamiento en el sector salud, para ello ha desarrollado diferentes estrategias, entre las cuales se encuentra lograr contar con Recursos Humanos en Salud (RHS), idóneo, capaz de afrontar los retos que este sector enfrenta. En el caso colombiano que no es ajeno a este interés, el Ministerio de la Protección Social se ha convertido en el ente que ejecuta las diferentes acciones orientadas a fortalecimiento del recurso humano del sector de salud pública del país, y esto lo ha realizado sobre las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud que es responsable de definir la política de talento humano en Salud en el país, además, orienta las directrices en formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (1).

En este marco, el recurso humano de salud, se convierte en el actor de mayor relevancia ya que con sus prácticas producen y reproducen los sistemas de salud, es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los define como la mejor garantía para que las autoridades sanitarias cumplan con sus obligaciones (4). La gestión del talento humano en salud, ha cobrado gran importancia ya que es inevitable no prestar atención a la necesidad latente de mejorar el desempeño del sistema de salud, produciendo un impacto favorable en la calidad de los servicios y en las intervenciones en salud pública, favoreciendo el bienestar de nuestras poblaciones; para lo cual se debe ubicar a las personas adecuadas, en los cargos adecuados y en los lugares adecuados, con el fin de lograr una distribución equitativa, enfocando el trabajo en las necesidades de salud específicas de una determinada comunidad, el éxito de los procesos en el talento humano en salud requiere

planificación y formulación de políticas en salud, educación, trabajo y finanzas y que promuevan la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales (5).

En cuanto a tesis en la misma línea de estudio, se tiene la investigación realizada en el año 2018 “correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales de los fisioterapeutas y administradores públicos que integran los equipos de salud pública del departamento de caldas, 2017”, donde se expone que para garantizar un adecuado desempeño en los profesionales de la salud desde el enfoque de las Funciones Esenciales de Salud Pública, se hace necesario tener en cuenta las competencias desde lo individual e interdisciplinario y desde este enfoque poder diseñar los diferentes políticas, planes, programas de la salud pública que faciliten la toma decisiones en temas de salud (6).

Con respecto a los hallazgos encontrados en cuanto al tipo de especializaciones los fisioterapeutas se han enfocado en programas como Administración en Salud, Alta Gerencia, Epidemiología, Gerencia en Salud, Gerencia y Calidad en el Trabajo, Rehabilitación y Ortopedia. Entre tanto en los profesionales de administración pública se presentó un bajo nivel de estos con estudios de postgrado, entendiéndose que solo un profesional al momento de la investigación cursaba este tipo de estudio en especialización en salud pública, sin embargo, independiente del área profesional y su nivel de especialización los 15 profesionales analizados se desempeñaban en cargos en el área de la salud, ya sea con funciones operativas o directivas.

En la misma línea de investigación, existen diferentes referentes de estudios de correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública como el realizado por profesionales del equipo de salud pública del departamento de caldas en el año 2018, sus hallazgos precisaron que la correspondencia, entre las funciones esenciales en Salud Pública y las competencias laborales presentan correspondencia solo en algunas competencias, hecho que está asociado a la estructura de los currículos y perfiles profesionales y de las Instituciones universitarias formadoras (7). Así mismo, en el estudio

de competencias realizado por el equipo de salud pública de la secretaría departamental de salud del Cauca, 2016 – 2017 permitió establecer a través de un análisis cualitativo que se presenta un mayor nivel de correspondencia con las competencias de análisis de situación de salud, promoción de la salud y participación social, equidad y calidad en los servicios individuales y colectivos. Asociados a la estructura de los currículos y perfiles profesionales de cada una de las profesiones y de las Instituciones universitarias formadoras y Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales de enfermería, fisioterapia, fonoaudiología odontología, ingeniería de sistemas y medicina veterinaria (8).

Continuando con la importancia del tema la OPS (9), en su informe Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI, marco conceptual y descripción, promueve el principio “No *dejar a nadie atrás*” como la base para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y eje de la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es por ello que dentro del contexto que le ha tocado vivir al mundo con el problema de salud pública de pandemia ocasionada por el COVID 19 este principio ha tomado relevancia en promover políticas nacionales de salud con estrategias y acciones concretas y viables que garanticen la equidad y el goce del derecho a la salud para todas las personas, la propuesta de una guía para que sea aplicada por los Estados Miembros de la OPS está direccionada a que se desarrollen políticas de salud pública integradas a través del fortalecimiento sectorial e intersectorial en las distintas etapas de formulación de políticas. Además, la guía en su contextualización resalta que dentro de las estrategias regionales sobre salud pública que tienen relación con el ejercicio de las FESP, se encuentran las que hacen énfasis en un abordaje centrado en el fortalecimiento de las capacidades de las autoridades de salud con una perspectiva de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, entendida esta como una estrategia integral de “organización y operación del sistema de salud como un todo”.

En este sentido a nivel regional en el departamento de Caldas, se realizó una encuesta estructurada a 97 profesionales de enfermería y medicina de las áreas de salud

pública de las IPS privadas, EPS y ESE de las subregiones del departamento de Caldas, en el marco de un estudio descriptivo el cual tuvo como objetivo evaluar las funciones esenciales en salud pública en los profesionales de la Salud vinculados a las Empresas Sociales del Estado (ESE), de las subregiones del departamento de Caldas e identificar las competencias laborales y definir los criterios de desempeño en salud pública. Para el desarrollo de los objetivos se tomó como referencia las once funciones esenciales en salud pública - FESP y se agregaron las funciones de prevención de la enfermedad, salud ocupacional, gerencia del cuidado de enfermería, gerencia de la atención médica y las relacionadas con comportamientos y actitudes como motivación, creatividad, cautela, trabajo en red, autoestima, comprensión y liderazgo (10).

Dentro de los resultados más destacados del estudio en mención se encontró que la función relacionada con la investigación en salud pública es una de las que alcanzó menor calificación, este hecho se ha asociado a que posiblemente los informantes clave no cuentan con aptitudes en ese aspecto o no asocian la investigación como necesaria para el trabajo; otra de las funciones de menor calificación fue la evaluación y promoción del acceso equitativo, ya que los informantes clave no la percibieron como una función a desarrollarse en el trabajo profesional en salud pública, Finalmente, los puntajes para el desempeño de las FESP se ubicaron en el rango medio bajo y bajo, en cuanto a los rangos que alcanzaron mayor puntaje fueron los correspondientes a la prevención de la enfermedad y la salud ocupacional, mientras que los de menor puntaje fueron la investigación y los de emergencias y desastres (10).

Otro estudio que ahonda en el desempeño del recurso humano en el sector salud a nivel regional es “Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia, 2011”, que tuvo por objetivo medir el desempeño de las FESP en los municipios intervenidos, para lo cual se aplicó el instrumento de la OPS. Los resultados obtenidos permitieron identificar tres funciones con un puntaje mayor que se clasificaron con un desempeño óptimo en la zona del Penderisco que agrupa los tres municipios: la FESP1 “Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud”, FESP2

“Vigilancia de salud pública, investigación y control de los riesgos y daños a la salud pública” y FESP4 “Participación social en la salud (11).

Dentro de los antecedentes institucionales se encuentra la ley 1438 de 2011, del Ministerio de la Protección Social, que, atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definió la política de Talento Humano en Salud que orienta la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (1).

Otro aporte en este sentido, es el del Ministerio de la Protección Social de Colombia que analizó los periodos entre los años 2010-2012, en su documento La Caracterización del Talento Humano en Salud: hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud, en el cual, a partir de la información suministrada por las direcciones departamentales de salud y La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., la planilla integrada de liquidación de aportes (PILA) y otras fuentes de información. Se analizaron tres componentes principalmente: caracterización demográfica, caracterización del ingreso base de cotización y aproximaciones al número de fuentes de ingreso, los resultados presentaron grandes diferencias en las condiciones laborales y de ejercicio entre profesionales, técnicos y auxiliares, así como en la subsistencia de importantes segmentos de este personal que ejercen su profesión u ocupación bajo condiciones no deseables. Dado el corto tiempo de análisis, no es posible establecer tendencias en la estructura o condiciones del talento humano, pero sí se pudieron identificar características importantes de los profesionales en salud del país: personal sanitario joven, con una clara profundización de la feminización, poco desarrollo del segmento de tecnólogos y técnicos profesionales, entre otros, en este sentido los resultados son importantes porque contribuyen a aumentar la información disponible alrededor de la distribución y composición del talento humano en salud en Colombia, consolidando la necesidad de avanzar en el Sistema de Información para el Registro Único Nacional del Talento Humano

en Salud como eje fundamental para la formulación e implementación de políticas públicas (4).

Al respecto, se encuentra que en la conceptualización del funcionamiento de los sistemas de salud pública expuesto en el libro Administración de Servicios de Salud (Fundamentos de Salud Pública) se tiene que este a través de un diseño se logra optimizar los recursos, estos de diferente índole como lo son humanos, tecnológicos, financieros y de infraestructura, ello con el fin de lograr un acceso equitativo y universal, una atención de calidad y oportuna, controlar los costos, evitar el detrimento patrimonial de los recursos (12)

Con respecto a estudios que hacen énfasis en las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública en profesionales de la salud se considera el estudio *Multicéntrico denominado Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en 6 departamentos de Colombia*, del cual hace parte esta investigación en el departamento de Tolima.

En el estudio realizado en el departamento de Caldas denominado “Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública del odontólogo y el trabajador social que integran los equipos de salud pública del departamento de caldas 2017”, se logró establecer que existe una asociación entre la mayoría de las competencias y las variables profesión, igualmente, se encontró que las competencias de análisis de situación de salud no mostraron correspondencia estadística con las variables profesión, funciones y tiempo en el cargo (13).

Con respecto al estudio en el departamento de Cauca llamado “correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales de enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, odontología, ingeniería de sistemas y medicina veterinaria, que integran el equipo de salud pública de la secretaría departamental de salud del Cauca, 2016 - 2017” se encontró que los reportes

epidemiológicos y el análisis de la situación de salud, son empleados por profesionales de odontología, fonoaudiología, fisioterapia y enfermería como base para la toma de decisiones, por el contrario sucede con los ingenieros y médicos veterinarios, con respecto al dominio 1 se encuentra que profesionales de enfermería, fonoaudiología, odontología y fisioterapia tuvieron correspondencia con la categoría siempre y casi siempre en cuatro de las competencias relacionadas con este dominio, a diferencia de los ingenieros de sistemas y médicos veterinarios que presentaron falencias en esta área, con respecto a los profesionales que tenían un tiempo de experiencia mayor a los 36 meses evidencio correspondencia con el dominio 1, donde este nos quiere decir que se emplean adecuadamente los análisis de salud de la población para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas en salud (8).

En otra investigación de la misma línea denominada, correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública en la subregión nordeste y magdalena medio antioqueño se encontró en el dominio 3 en el cual se ve involucrada la promoción de la salud no indico ningún grado de asociación o correspondencia entre las profesiones estudiadas, con respecto al dominio 4 donde indica que todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas, en el cual se presenta la mayor correspondencia entre las profesiones estudiadas y sus competencias laborales, con respecto a cada uno de los subdominios; por lo cual se establece que los profesionales que conforman los equipos en salud pública de las subregiones nordeste y magdalena medio, realizan actividades diarias afines a las competencias esenciales en salud pública a pesar que desconocen en algunos casos su naturaleza u origen (14).

Entre tanto, el estudio El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional, en Formación está basado en ciertas esferas relacionadas a las competencias laborales, específicamente en la tercera esfera la cual es muy interesante para el tema de investigación, esta se refiere a al perfil que requiere el nuevo trabajador, el cual exige más una proporción mayor de puestos de trabajo, una combinación de competencias

cognoscitivas de base, de comportamiento profesional y técnicas específicas. La primera incluye diversos niveles de dominio de las áreas fundamentales del conocimiento empezando por la lectura y escritura, el lenguaje y la lógica aritmética, en la segunda habla de aptitudes, actitudes y valores asociados al desempeño profesional requerido y la tercera se refiere a la lógica de los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas en el campo especializado de la ocupación o puesto a desempeñar. En este se resalta la importancia de establecer políticas de formación, educación y desarrollo de recursos humanos que permitan dar un marco orientador y se refleje en un esfuerzo colectivo.

Otro estudio realizado en Santander muestra puntajes menores en las competencias de saber ser donde comprende actitudes y competencias sociales, y el saber conocer el cual implica el ámbito cognitivo en las profesiones de psicología y fisioterapia; lo cual podría ser explicado por el desplazamiento sistemático de estos profesionales de la salud dentro del equipo de atención primaria en el modelo de atención de salud en Colombia

2 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El artículo 49 de la Constitución Política de Colombia enfatiza en la garantía a todas las personas en el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, es así que el Estado debe asumir su papel y orientar acciones para organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (15).

De acuerdo con la normatividad reciente en Colombia el talento humano en salud se ha posicionado como un componente esencial dentro del sistema de salud. Así, el mejoramiento de la gobernanza en el tema permitió que a través de la Ley 1438 de 2015, la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 1841 de 2013, “por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021”, se diera relevancia al fortalecimiento del talento humano en salud (1).

En la Ley 1164 de 2007, el talento humano en salud se encuentra definido como “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” (Congreso de la República de Colombia, 2007); a su vez esta Ley define los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano en salud (1).

El derecho fundamental a la salud como derecho humano es autónomo, inalienable e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, Reflejándose en la ley estatutaria 1751 de 2015, donde se comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y

con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Por lo cual como eje progresivo del derecho se establece el compromiso del Estado con el mejoramiento del talento humano en salud (16) .

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en la materia, entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales, consideradas innecesarias, evitables e injustas. Esto implica que dicha equidad se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. El PDSL refiere que entre el 2001 a 2011, se han graduado 169.499 profesionales de la salud (entre pregrados y posgrados), de los cuales 100.122 son médicos (62,8%) y 59.114 enfermero/as, guardando una relación constante en este lapso estos dos perfiles (17).

En las proyecciones de la oferta y demanda de recursos humanos en salud para los años 2000 – 2020, se observa un crecimiento en la oferta de formación en la zona Centro del país, que aporta 1 de cada 2 de los programas, seguida por la región centro occidente con 22% de participación; en las zonas más apartadas, como la Orinoquía, la oferta es de 0,8%. En Colombia 21 de los departamentos ofrecen educación en medicina y 23 en enfermería; 2 departamentos no reportan graduados en el lapso de 2001 a 2011, como son el Archipiélago de San Andrés y Guainía, y solo hasta el 2011, Amazonas, Caquetá, Guaviare y Vichada reportaron graduados en alguna rama de las ciencias de la salud. Estos datos son de suma importancia al momento de tener en cuenta las competencias de los profesionales y qué cantidad de estos cuentan con acceso a la educación, pertinente y de calidad, para pertenecer a grupos de salud pública, ya que de sus bases académicas depende la aplicabilidad de las CESP y las competencias laborales mismas (17).

Dentro de la Política Nacional de Talento Humano existen factores importantes tales como La dinámica del Talento Humano en Salud como el resultado de una compleja red de relaciones entre diversos actores, agentes y sistemas, cuyas decisiones y acciones responden a lógicas e intereses diferentes en las que se mezclan elementos técnicos, económicos, sociales, culturales, políticos y de regulación; por lo anterior se tiene en cuenta que las reformas introducidas en los años 90's en los sectores laboral, salud y educación, se caracterizaron por la profundización de la descentralización y la autonomía de los agentes y la mayor participación e injerencia de la iniciativa privada. En el ámbito laboral, se promovieron mecanismos flexibles de vinculación del talento humano en todos los sectores. A partir de estas reformas, las relaciones entre los agentes se tornaron más complejas y la capacidad de rectoría del Estado cedió terreno en favor de las dinámicas de los mercados, razón por la cual se pudiera inferir que la interacción dinámica de estos factores determina el grado en que se satisfacen las necesidades cuantitativas y cualitativas de talento humano en el sistema de salud, así como las condiciones para su desarrollo integral. El sistema educativo no siempre entrega al sistema de salud los profesionales, técnicos y auxiliares con las competencias necesarias para satisfacer sus demandas y las instituciones de salud no siempre ofrecen las condiciones básicas de desarrollo laboral, profesional y personal de este capital humano, un factor relevante frente a la formulación e implementación de políticas públicas y privadas de recursos humanos en salud en Colombia, que respondan de manera efectiva a las necesidades de la población sin caer en limitaciones respecto a la disponibilidad de información oportuna, unificada y confiable ante la ausencia de métodos y herramientas para su obtención, análisis y utilización, desarticulación de los sistemas de información y deficiencia en los mecanismos que regulen los flujos de información entre los mercados educativo, de prestación de servicios de salud y laboral (18).

De acuerdo con lo anterior, los entes territoriales tienen la responsabilidad de organizar sus recursos y fuerza de trabajo en pro de la consecución de los objetivos que, desde el marco nacional general, se articulen y adecuen a sus realidades contextuales. Cada profesional que es formado debe estar preparado para enfrentar la realidad futura de del País. Ahora bien, en lo referente a recursos y fuerza de trabajo, las estructuras de los

equipos profesionales y cada uno de sus integrantes, juegan un rol especial para el cumplimiento de las metas que llevan a que las comunidades puedan gozar de sus derechos fundamentales no sólo en lo que se refiere a salud, sino en todas las dimensiones del desarrollo humano como la educación, vivienda y acceso a servicios básicos.

En lo referente a los equipos de profesionales y demás recursos humanos que hacen parte de las Secretarías de Salud Territoriales, se encuentran personas con diferentes perfiles para cada área y cumplimiento de funciones específicas. En este sentido adquiere relevancia el objetivo de esta investigación que pretende establecer la idoneidad del talento humano, en función de que estos logren abarcar las necesidades desde una perspectiva objetiva y que sus resultados al proyectar soluciones tengan una base de sustentación integral, apoyada en aspectos que estén fundamentados y basados en la realidad de una comunidad, región o un País.

En el caso del Departamento del Tolima, la Secretaría de Salud Departamental cuenta con programas y proyectos prioritarios divididos en dimensiones como: vida saludable, condiciones transmisibles y no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, vida, salud y ámbito laboral, gestión diferencial de población vulnerable entre otras, y cada una de las anteriores está a cargo de equipos de profesionales y técnicos que desempeñan diversas funciones dependiendo de su formación evidenciándose la participación de profesionales de la psicología, enfermeras y fisioterapeutas (19).

Dentro del contexto de la investigación es importante tener en cuenta el marco legislativo por la cual se reglamenta el ejercicio de las diferentes profesiones que se intervinieron en este estudio es así como se tiene que la ley 528 de 1999, reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y la Ley 266 que reglamenta la profesión de enfermería en Colombia.

En cuanto a la que indica la Ley 528 de 1999 , se hace referencia a la profesión de la fisioterapia como una profesión liberal del área de la salud, con formación universitaria, direccionada a la atención del individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven, con el objetivo de la comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre, así como a la prevención, recuperación de alteraciones, habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social (20).

En este mismo sentido el capítulo III de la ley 1751 de 2015, habla sobre la importancia de que cada profesional ejerza en el ámbito donde es experto, también considera un importante factor dentro el cual es las condiciones laborales para promover el trabajo justo y comprometido con el equipo de salud (21).

Acerca de la psicología el Congreso de la Republica (22) en la Ley 1090 del 2006, se indica que es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales. Continuando con el entendimiento y alcance de la profesiones involucradas en el estudio se tiene que la Ley 266 de 1996 reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería y la define como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, dirigida a la atención de las personas, las familias y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar (23).

Frente a la profesión de la enfermería a nivel mundial la mayoría de las teorías y modelos de enfermería colocan como centro de la profesión el cuidado de la salud de las personas (4). Igualmente, se les incluye el cuidado autónomo y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o

sanos, en todos los contextos, e incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de personas discapacitadas, terminales y moribundas (24).

Para entender el alcance que tienen las profesiones descritas y que son la base de este estudio se presentan los resultados de la encuesta realizada en el departamento de Caldas a personal de enfermería y medicina que laboran en las áreas de salud pública de las IPS públicas y privadas, EPS y otras instituciones del departamento de Caldas, que pretendía entre otros aspectos identificar las competencias laborales y definir los criterios de desempeño en salud pública de estos profesionales de la salud, encontrando que la función relacionada con la investigación en salud pública es una de las que alcanzó menor rango de confiabilidad, posiblemente porque los participantes no se consideraban fuertes en ese aspecto o no asocian la investigación como necesaria para el trabajo; otra de las funciones de menor rango fue la evaluación y promoción del acceso equitativo, ya que los informantes clave no la percibieron como una función a desarrollarse en el trabajo profesional en salud pública (10).

En la misma línea de análisis a nivel nacional el estudio realizado en Antioquia que pretendía medir el desempeño de las FESP en los municipios de Concordia, Betulia y Salgar, identifico que para el año 2011 la mayoría de las FESP en los tres municipios se encontraban ubicadas en un rango de desempeño entre el 51 y 75%, equivalente a una clasificación de desempeño medio superior que hace pensar que hacen falta esfuerzos para lograr un mejor desempeño. A su vez los resultados destacan: FESP3 “Promoción de la salud”, FESP5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de la salud pública”, FESP6 Fortalecimiento de la capacidad institucional en la reglamentación y su cumplimiento en materia de salud pública. De los hallazgos encontrados se deduce que, a pesar de los esfuerzos realizados por los países para mejorar el desempeño de las FESP, pocas funciones están clasificadas en desempeño óptimo como fortalezas. El desarrollo de capacidades e infraestructura para soportar el desarrollo de las FESP continúa en un nivel de desempeño bajo (11).

Que las regiones o países tengan claro las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública es importante y está en concordancia con la redefinición que hizo en el año 1948 la Organización Mundial de la Salud [OMS] que redefinió el concepto de salud, en el cual este superara la noción biologicista del término, se impuso la necesidad de que diversas disciplinas cuestionaran el objeto y las formas de intervención sobre la salud humana. De esta manera, bajo ciertos acuerdos meta teóricos entre Psicología, Epidemiología y Salud Pública, en sus corrientes de inspiración positivista, y en un ambiente que favorece los modelos de riesgo, de factores y de causalidad para explicar los procesos salud-enfermedad, se produjeron encuentros y afinidades entre los campos. Es así como se articuló una Salud Pública dominante, basada en una noción individualista de lo social y lo público, con una Psicología de la Salud, de corte comportamental, para analizar problemas comunes y desarrollar aplicaciones conjuntas. Con este marco explicativo, es necesario reconocer que esta Psicología de la Salud, desde su aparición formal en 1982, ha logrado avances a nivel mundial para aplicar su desarrollo en la Salud Pública (25).

Paulatinamente, los resultados de la Psicología de la Salud fueron alcanzando aceptación y se integraron con algunas áreas de la política y la práctica de la Salud Pública. Por supuesto, los logros obtenidos difieren por países, en función del nivel de desarrollo científico y económico del área, de las inversiones en materia de investigación y del engranaje de la Psicología con la infraestructura de la Salud Pública propia de cada país (25).

Reiterando el contexto expuesto se tiene que la organización panamericana de la salud es conocedora sobre la difícil situación que afronta los recursos humanos en salud y desde luego como esto repercute en la calidad de la atención y en la capacidad de prevenir enfermedades, identifica como principal problemática la insuficiencia en personal sanitario en APS (26).

Actualmente en el Departamento de Tolima no se registran investigaciones publicadas en esta área, lo cual motiva a identificar las competencias de los profesionales de las áreas de la fisioterapia, enfermería, psicología para saber cuáles son sus funciones específicas a desarrollar y así mismo, que estas sean las correspondientes según las CESP. Una vez detectadas estas competencias, las mismas podrán ser potenciadas para la elaboración de planes y estrategias de capacitación de los recursos humanos de la región que contribuyan a mejorar el ejercicio de la salud pública impactando positivamente en la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, así como también aportar conocimiento a las instituciones de formación académica acerca del desempeño de los fisioterapeutas en salud pública para que se amplíen sus áreas de actuación y fortalezcan la calidad académica enfocada a diversas áreas que surgen por las problemáticas actuales.

Dicho lo anterior, es necesario plantearse la pregunta acerca de ¿Cuál es la correspondencia entre las competencias laborales y las CESP de los profesionales que hacen parte de los equipos de salud pública del Departamento de Tolima-2018?

3 JUSTIFICACIÓN

En el presente documento se conjugan elementos que históricamente han elevado las expectativas de la población frente al sistema de salud e impactan el talento humano en el área como son: el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y autónomo, el logro de la cobertura universal del aseguramiento en salud, la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, la transición por la cual está pasando el Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS, el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE con el fin de avanzar en el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud - PAÍS y de garantizar efectivamente el derecho fundamental y constitucional. Para esto se requiere complementar la Política con acciones territoriales específicas, fundamentadas en las prioridades de salud del territorio, que permitan profundizar en dicho proceso a través de la interacción coordinada de las entidades territoriales con los demás agentes del sistema de salud y la alineación de prioridades y acciones en la materia, su incorporación en el Plan Territorial de Salud y la implementación de estrategias integrales que aporten para lograr mejores resultados y un mayor bienestar en la salud de la población (27). Colombia cuenta con lineamientos normativos, donde se establece como enfoque las competencias de la administración del sector gubernamental, además se estableció una guía metodológica para la definición de competencias laborales basadas en el análisis funcional de las tareas, sin embargo no se han asignado para la implementación de la estrategia establecida legalmente para el sistema de salud desde el 2011, donde se resalta las funciones para los equipos básicos de salud y se incluye los equipos multidisciplinarios, la metodología emplea una estrategia deductiva, desde la identificación de las funciones esenciales que se deben alcanzar y los resultados del talento humano como tal, se tiene en cuenta los conocimientos, experiencia y actitudes de los funcionarios (3).

Otros aspectos que inciden al momento de garantizar efectivamente el derecho fundamental y constitucional de la salud, es que esta se ha sido orientada bajo una percepción de negocio que debe generar rentabilidad para las IPS, porque de lo contrario no se logra la sostenibilidad. Este hecho se enfrenta a una incapacidad de pago por un gran

porcentaje de la población lo que se refleja en un proceso de desigualdades sociales, es en este punto donde el rol del estado adquiere importancia para alcanzar a equilibrar esta desigualdad y propender por la protección, y el logro del derecho al mayor nivel posible de salud (28). Esta situación se relaciona con que existen al menos tres razones para el fortalecimiento de los recursos humanos en salud: falta de compromiso político, limitación en la financiación y falta de coordinación, remuneración económica inequitativa, también se menciona la concentración de personal en centros urbanos y un déficit notable en zonas rurales (29).

En este sentido se hace prioritario resaltar que el recurso humano es el fundamento de los sistemas de salud sin importar su modelo de organización, financiamiento y operación. A través de la acción del talento humano en la organización y disposición de recursos, instituciones, servicios, conocimiento y tecnologías, se materializa el derecho fundamental a la salud y se generan transformaciones sociales que impactan el acceso y los resultados en salud de las poblaciones. Este es un hecho que en la actualidad permite asegurar la calidad de los servicios y contribuir al funcionamiento de un sistema de calidad dentro de las organizaciones, permitiendo promover el trabajo en equipo, fortaleciendo en sus empleados la capacidad y disposición para trabajar, si lo que se quiere es conseguir la participación, integración y colaboración de todas y cada una de las personas en la gestión de la calidad institucional (30).

De acuerdo con Suarez (31) una competencia es una capacidad de acción frente a una situación específica, por lo cual tiene connotaciones asociadas a conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para solucionar los problemas de salud eficiente y efectiva, lo que permite incorporar la realidad sanitaria, social y política, fundamentado en valores de equidad y justicia social. Las competencias profesionales establece que para desarrollar estas actividades los profesionales de salud pública deben poder desarrollar una serie de competencias específicas que deben tener los profesionales de salud pública, ya que las actividades multidisciplinarias y multiprofesionales es difícil adquirirlas en un único profesional, además muestra las competencias de carácter transversal las cuales son

igual de necesarias para ser un profesional integral, en este artículo las menciona, a) al ser capaz de persuadir y convencer; b) tener iniciativa; c) desarrollar un pensamiento conceptual y analítico; d) mantener un grado elevado de autoconfianza, y e) tener una notable capacidad de comprensión interpersonal para cooperar y trabajar en equipo (32).

Es así que se hace de vital importancia reconocer la viabilidad del trabajo multidisciplinar en la salud pública, permitiendo con ello un abordaje de la salud más completo, que permita identificar el nivel de las competencias de los profesionales de la salud que hacen parte de los diferentes equipos de trabajo, y como estas influyen en el desempeño y éxito de sus funciones, que deben verse reflejado en la calidad integral del servicio que prestan las instituciones de salud. Algunos estudios han mostrado grandes diferencias entre los perfiles de los egresados en salud y las competencias requeridas para los cargos del sistema de salud, al igual que inconsistencias entre los profesionales egresados y las necesidades sociales, políticas y epidemiológicas (33,34).

Ejemplo de esto es el caso específico de las competencias de la fuerza laboral de enfermería que representan un componente central para la adecuación de la gestión del cuidado y las prácticas de atención, que permiten disminuir las inequidades, el acceso limitado a los servicios y favorecen una atención segura y de calidad. La formación de enfermeras/os juega un rol fundamental en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo en enfermería, en la calidad y pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de la capacidad institucional en salud. La enfermera/o profesional demuestra competencia cuando aplica en forma efectiva una combinación de conocimientos, habilidades y juicio clínico en la práctica diaria o desempeño laboral.

Lo anterior se evidencia en el contenido de la investigación “Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión”, que establece que la gestión es importante para organizar los cuidados con los recursos suficientes, pero no lo es todo para la enfermería; se debe gestionar para cuidar, no existir sólo para gestionar. Igualmente, en el artículo se agrega que “Los cuidados culturalmente

congruentes son los que dejan al paciente convencido que recibió buenos cuidados, de calidad”, es decir en términos de gestión de calidad, este planteamiento es muy importante ya que indica la mejor forma de organizar los recursos con el fin de entregar un cuidado humano (24).

Frente a otra área de la salud que hace parte de esta investigación se tiene que La Psicología, como disciplina científica y aplicada, tiene la responsabilidad de participar en la construcción de modelos conceptuales y en el desarrollo de estrategias que permitan satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones más allá de los enfoques con que tradicionalmente se han realizado, y con clara articulación entre las micro y macro explicaciones sobre los procesos salud-enfermedad. En otras palabras, tiene el imperativo ético de contribuir a la reducción del sufrimiento humano, dirigiendo sus esfuerzos a la promoción de la calidad de vida y a la búsqueda del desarrollo humano óptimo, tanto en individuos como en colectividades. La Psicología desde sus enfoques ha alcanzado logros diferenciales en distintas áreas como la educación, las organizaciones y por supuesto, la salud. Aunque la diversidad de objetos de la disciplina ha representado su fortaleza también ha significado su internalismo (25).

Por otro lado, se tiene que la fisioterapia desde su perfil profesional muestra gestión en el desarrollo social y el compromiso de mejorar la condición de salud y el bienestar de las personas, basado en principios de justicia social y ética profesional. De igual forma tiene un alto sentido ético y humanista que le permite respetar las diferencias y contribuir a la solución de problemáticas sociales y de salud en Colombia; de acuerdo a las competencias profesionales, se hace referencia a Salud pública y gestión social, donde el ejercicio profesional se desenvuelve en el reconocimiento de los sujetos en la dinámica social, en un marco de democracia y participación (35).

De acuerdo a lo plantado se hace necesario ampliar el conocimiento de los profesionales de la fisioterapia, enfermería y psicología en sus campos de acción y áreas de desempeño, que permitan interrelacionar los modelos de salud con los niveles de

intervención en salud pública con la población de alto riesgo y la población sana, mejorando su calidad de vida e interviniendo proyectos enfocados desde la toma de decisiones y reflejando resultados pertinentes con las problemáticas sociales y de salud en el departamento del Tolima, ya que no se cuentan con estudios que permitan conocer los niveles de competencias y su capacidad de respuesta para atender los retos que exigen las condiciones de trabajo que les presenta su entorno, además, que este tipo de trabajos permite el fortalecimiento de investigaciones que promuevan movilizaciones positivas hacia una salud para todos, teniendo en cuenta además compilar nuevos programas de estudio, no solo en niveles profesionales sino también técnicos, como eje fundamental en las fases de ejecución de las políticas y normas en materia de salud.

Así las cosas, el desarrollo de esta investigación es un insumo que fortalece el banco de investigaciones de la salud, que como se evidenció en los antecedentes ocupa niveles bajos dentro, a la vez que permite ser un documento que permita tomar decisiones al interior de las organizaciones de la salud y que tendría efecto directo en los equipos de Salud Pública que deben responder a las necesidades del modelo de atención integral que tiene en cuenta aspectos como la universalidad, calidad e integralidad, que abarquen las necesidades de la población, logrando así un enfoque adecuado. La presente investigación no pretende excluir sino informar a los trabajadores de la salud que integran estos equipos, ya que de su mayoría dependerán muchas de las decisiones que lograrán beneficiar de manera integral a toda la comunidad frente a las problemáticas que se presenten.

4 REFERENTE TEÓRICO

El concepto de competencia surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de conocimientos apropiados (saber), las habilidades y destrezas (saber hacer) desarrolladas por una persona, sino también de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y desenvolverse en el mundo. Igualmente, implica una mirada a las condiciones del individuo y disposiciones con las que actúa, es decir, al componente actitudinal y valorativo (saber ser) que incide sobre los resultados de la acción. En un sentido la competencia es un saber hacer frente a una tarea específica, la cual se hace evidente cuando el sujeto entra en contacto con ella. Esta competencia supone conocimientos, saberes y habilidades que emergen en la interacción que se establece entre el individuo y la tarea y que no siempre están de antemano (36).

Para el desarrollo del contexto teórico que rodea la investigación propuesta se abordaron diferentes aspectos que dan soporte conceptual, que permitieron dar soporte a los análisis, resultados y dar respuesta a los objetivos.

Cuando se habla de competencia laborales se hace necesario entender que esta hace referencia al nivel de competencias que tienen las personas al momento de ejercer las actividades de su trabajo y que se relaciona directamente con el conocimiento para ello. En otras palabras, la competencia se evalúa por medio de lo que una persona sabe, si sabe ponerlo en práctica y por qué lo hace, en un contexto laboral determinado, con la interacción de los conocimientos, actitudes y valores del trabajador puestos en acción para el logro de los resultados significativos en un contexto laboral dado (37).

Otras posiciones frente al alcance que tienen las competencias laborales esta direccionada a que esta esa relacionada con la capacidad para desempeñar una actividad específica de acuerdo con una norma prescrita. Desde una visión más genérica este abarca la capacidad de transferir habilidades y conocimientos a nuevas situaciones dentro del área ocupacional. Abarca la organización y planeación del trabajo, la innovación y el manejo de

actividades no rutinarias. Incluye aquellas cualidades de eficacia personal que se requiere en el lugar de trabajo para tratar con compañeros, gerentes y clientes” (37), otro enfoque es el que una competencia es cualquier motivo, actitud, habilidad, conocimiento, comportamiento u otra característica personal que es esencial para desempeñar el trabajo y que diferencia el desempeño superior del promedio” (30). Así mismo El Ministerio de Educación Nacional define competencias laborales como todos aquellos conocimientos, habilidades y actitudes, que son necesarios para que los jóvenes se desempeñen con eficiencia como seres productivos (36).

Otro concepto es el definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (35) se relacionan con el saber propio de una ocupación, que se desarrollan en la educación media técnica, en la formación para el trabajo, y en la educación superior.

En cuanto a las competencias laborales estas presentan dos tipos:

La primera hace referencia a las Competencias Laborales Generales que son enmarcadas como en el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se debe desarrollar para desempeñarse de manera apropiada en cualquier entorno productivo, sin importar el sector económico de la actividad, el nivel del cargo, la complejidad de la tarea o el grado de responsabilidad requerido. Incluye las competencias personales, intelectuales, empresariales y para el emprendimiento, interpersonales, organizacionales, y tecnológicas. Se desarrollan desde la educación básica hasta la media (35).

4.1 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La

integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015) (38).

Esta política también se inscribe en el numeral b del artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud, que dice que el Estado se obliga a “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho, asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” lo cual expande el ámbito regulatorio del Estado de la mera regulación de las relaciones entre los agentes y la sitúa en el ciudadano, su derecho expresado en el acceso integral como justificación sustancial para la implantación de un Modelo Integral de Atención regulado. Esto implica, en la formulación de la Ley, subordinación de los agentes del Sistema de Seguridad Social a ese modelo regulado y la implantación del Sistema de Salud como mecanismo central del Estado para operar la garantía del Derecho. El marco de referencia expuesto, plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la formulación y aplicación de las políticas de salud. En un Sistema de Salud, la articulación y armonización de principios, normas, políticas, procedimientos, financiamiento, controles y demás acciones del Estado para garantizar el acceso integral, conforma el núcleo de su intervención (38) .

En el Sistema de Seguridad Social en Salud ese núcleo es definido desde la garantía de las prestaciones para las contingencias financieras que puedan tener las familias frente al gasto en salud. En el desarrollo del SGSSS planteado por la Ley 100, la regulación se dirigió hacia asegurar la sostenibilidad del sistema, en un ámbito de Ley Estatutaria el acceso y equidad pasan a adquirir un estatus preponderante. En la Ley Estatutaria esa acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley

Estatutaria. En el ciudadano esa acción regulatoria debe tener resultados concretos: acciones de salud pública integradas con prestaciones integrales que intervengan desde los riesgos colectivos. Lo anterior no supone desaparecer una seguridad social cuyos efectos en protección financiera son evidentes, pero sí implica necesariamente el cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno. Sí requiere la transición en el concepto de competencia regulada como único arreglo institucional en el aseguramiento y la prestación hacia el fortalecimiento de la rectoría pública. La aplicación de los pilares de la Política de Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015), requiere el desarrollo de nuevos sistemas de incentivos, de ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable del cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (38).

Con respecto a la Política de Atención Integral en Salud debe contener las estrategias e instrumentos que permitan la transformación del modelo institucional de la Ley 100 de 1993 y los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario, esta se encuentra conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales (38).

La política recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012-2021, bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. De acuerdo con la Ley Estatutaria de la Salud, el legislador deberá definir procesos para su intervención, y su abordaje se considera intersectorial, financiado con recursos diferentes a los destinados a proveer servicios y se deben considerar como factores condicionantes de las intervenciones planteadas desde la PAIS (38).

En este sentido se han desarrollado y considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones (38).

1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (38).

2. El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio

individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud (38).

3. La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad (38).

4. El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud (38).

Por otro lado, se cuenta con las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS que permiten la articulación de los diferentes aspectos que se requieren para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, que permiten articular la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (39), a partir de:

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

4.1.1 Modelo Integral Territorial – MAITE

En la implementación y monitoreo del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS, se ha evidenciado una brecha en su desarrollo entre territorios y al interior de los

mismos, así como la necesidad de articular los componentes y las acciones entre los diferentes actores del SGSSS, en aras de avanzar con acciones que impacten positivamente en la población del país, este modelo de acción, que se denominará Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS y permitirá la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, a través de unas líneas de acción, con enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; alcanzar la cobertura y acceso para todas las personas, propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud (40).

Para el desarrollo de la PAÍS, se implementará el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, conformado por el conjunto de acciones y herramientas que, a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales, en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno. Se tendrá pertinencia en la línea de salud pública (40).

Los objetivos del Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE son los siguientes:

1. Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios.
2. Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
3. Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.

4. Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.
5. Mejorar las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios frente al sistema de salud y la sostenibilidad financiera del mismo.

El Modelo de Acción Integral Territorial comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios, sin perjuicio de que puedan usarse o desarrollarse acciones o herramientas adicionales en ejercicio de la autonomía y según las características propias de cada uno.

Por su parte la Ley del Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. En el artículo 65 se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley específica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud (38).

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (38).

Por lo cual Mediante la resolución 2626 del 2019 se da una modificación a la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE, en el cual se comprenden acciones y herramientas agrupadas en 8 líneas de acción, la cuales son (41):

- Aseguramiento

- Salud pública
- Prestación de servicios de salud
- Talento humano en salud
- Financiamiento
- Enfoque diferencial
- Intersectorialidad
- Gobernanza

En consecuencia, Guevara propone la importancia del talento humano en salud y en este sentido los técnicos auxiliares en salud pública todo ello dentro de la implementación del Modelo de Atención Integral Territorial, donde se muestra una no correspondencia entre las funciones ejecutadas por la fuerza de trabajo técnica laboral en salud pública y su integración con el modelo MAITE en Colombia, el cual integra como eje fundamental la estrategia de atención primaria en salud –APS (42).

Dentro de este escenario las entidades departamentales y distritales de salud habilitarán la red en su ámbito territorial; la Superintendencia de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de lo regulado por el MSPS, en los términos que ella defina. La operación de la RED será responsabilidad tanto del asegurador como de los integrantes de la propia red y corresponde al asegurador garantizar adicionalmente el cumplimiento de los criterios de permanencia de la red, durante la vigencia de la habilitación realizada por parte de la entidad territorial. La operación de la red en lo relacionado con las acciones colectivas de promoción y prevención que hacen parte del Plan de intervenciones colectivas es responsabilidad de la entidad territorial (43)

De acuerdo a lo enmarcado es responsabilidad de cada ente territorial, garantizar los objetivos propuestos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, los departamentos y distritos deberán contemplar en el marco de sus competencias de gestión de prestación de servicios en su territorio, y en la aplicación de los Planes de Desarrollo Territoriales y Planes Territoriales de Salud, lo pertinente para fortalecer la

oferta de servicios de salud dentro de los mismos; y en el caso de la oferta pública, en concordancia con los Planes Financieros Territoriales y los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, lo correspondiente en los Planes Bienales de Inversiones, dando prioridad al fortalecimiento del componente primario al interior de la red pública.

De este modo, Carrillo expone que la conformación de los equipos básicos de APS se encuentra sujeto a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales del mandato de turno (44). Es por ello que se sujetan a cada entidad territorial la responsabilidad por el cumplimiento de cada una de las estrategias implementando así cada una de las líneas de acción de MAITE, donde la Ruta Integral de Atención en Salud es un instrumento que articula a todos los agentes y actores del sistema de atención en salud, dejando claro las responsabilidades para centrarse en las personas y sus necesidades para garantizar el derecho a la salud, es por ello que se deben tener en cuenta suministros de información sociodemográfica y análisis de la situación de salud de cada territorio, Donde se evidencia la pertinencia de este tipo de estudio en dos de las líneas de acción de MAITE como lo es el talento humano y la salud pública, y como la interacción de estos dos proporciona un equilibrio facilitador en la disminución de inequidades en todo el territorio colombiano.

4.2 POLÍTICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Formación y gestión del Talento Humano en Salud mediante un enfoque por competencias. Se requieren equipos de salud más resolutivos frente a los principales problemas y características epidemiológicas de la población colombiana. Esto implica considerar las restricciones que tiene el Sistema de Salud para atender una demanda creciente de servicios especializados, por sus elevados costos y la no disponibilidad de especialistas 38 suficientes para atender en el mediano plazo una demanda de servicios de este tipo similar a países más desarrollados. Los sistemas de salud y educación deben enfocarse en el desarrollo de competencias adecuadas en el talento humano disponible en el

país y sus regiones, para el logro de sus objetivos. El enfoque de competencias orienta los procesos de formación y gestión del talento humano del área de la salud, para dar respuestas pertinentes e integrales a las necesidades de salud de la población, en el marco del sistema de salud, integrando los conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades que debe estar presentes en el talento humano para el ejercicio adecuado de sus profesiones y ocupaciones. Esta perspectiva implica que los procesos de formación que se dan dentro y fuera de las instituciones educativas, deben retroalimentarse en forma permanente del contexto en el cual se desempeña o se va a desempeñar el talento humano, potenciando el vínculo entre la academia, los servicios de salud y la población y promoviendo nuevas formas de evaluación y sistemas de medición del desempeño (18).

- Revisar y actualizar en forma sistemática las competencias de las ocupaciones, profesiones y especializaciones de la salud.
- Fortalecer la formación con enfoque de salud familiar y comunitaria, así como la oferta de formación especializada en medicina familiar.
- Difundir y promover el uso de los lineamientos de competencias en salud pública entre las Direcciones Territoriales de Salud, Instituciones de Prestación de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud.
- Promover el uso de los documentos de competencias acordados por las profesiones, como referentes para los procesos de formación y gestión del talento humano.
- Promover la adopción del enfoque de competencias como referente para el diseño de los currículos y evaluaciones de los programas de formación del área de la salud; los programas y cursos de capacitación y formación continua; los instrumentos de recertificación voluntarios u obligatorios y el reconocimiento de estudios y convalidación de títulos obtenidos en el exterior.

4.3 FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA

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,

que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones (45).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuando se refiere a las funciones esenciales de salud pública (FESP) las define como el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones; también se las ha definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública (46),p.43.

Dentro de este marco teórico las FESP han sido clasificadas en 11 subgrupos: (47,45)

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

4.4 MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA - MRCESP

El MRCESP es un instrumento para definir los conocimientos, habilidades y actitudes esenciales relacionadas con la salud pública necesarias dentro de la fuerza de trabajo en salud (47). Las competencias esenciales en salud pública son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, es decir, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente.

Otra percepción del MRCESP es esta es una herramienta que rompe con la lógica cuantitativa al hablar de recursos humanos en salud, concibe a las competencias en salud pública como asociadas a instituciones y a ámbitos de práctica de los sistemas de salud, se adhiere al modelo de una fundamentación ética, que incorpora valores comunes para los ámbitos de práctica e incluye un modelo de competencias de salud global y promoción de la salud. Las competencias expresadas en el MRCESP muestran lo complejo de la intervención en salud y la necesidad de intervenir de forma articulada desde una mirada multidisciplinar y multisectorial, teniendo en cuenta la formación y la capacitación respondiendo a la transformación de la educación profesional en ciencias de la salud (31).

La identificación de las competencias esenciales de salud pública permite a la sociedad conocer lo que puede esperar de los profesionales de salud en este campo, ya que es a partir de estas competencias que se puede disponer de un catálogo de lo que estos profesionales saben y deben hacer. Que la sociedad y sus instituciones conozcan con mayor claridad qué saben hacer los profesionales de salud en materia de salud pública, favorecerá su desarrollo y la creación de oportunidades de trabajo, así como el avance de las Funciones Esenciales en Salud Pública, FESP (48).

El MRCESP contiene un reagrupamiento de las FESP y se establecen seis dominios sustantivos: Análisis de situación de salud, Vigilancia y control de riesgos y daños, Promoción de la salud y participación social, Política, planificación, regulación y control, Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos, y Salud

internacional / global. Transversalmente se definieron un conjunto de dimensiones, que se entienden como atributos que deben ser considerados dentro de cada dominio como son: la planificación, la gestión, la evaluación, la comunicación, el liderazgo, la investigación, las tecnologías de la Información y de las comunicaciones (48).

Las competencias no se reducen al desempeño laboral o a la apropiación de conocimientos, es un conjunto de capacidades que se desarrollan a través de procesos que conducen a una persona ser competente, teniendo en cuenta habilidades sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales, productivas, por las cuales se proyecte y evidencia la capacidad de resolver un problema determinado dentro de un contexto específico y cambiante. Es claro que el desarrollo de estas competencias para la vida contribuye para que los individuos transformen las instituciones, la sociedad y el mundo (49).

4.5 PERFIL DEL FISIOTERAPEUTA EN COLOMBIA

En Colombia, la fisioterapia es definida por la Ley 528 de 1999, 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 desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano como elemento esencial de la salud y el 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 sus propias teorías y tecnologías, en este sentido se entiende por perfil profesional el conjunto de rasgos, actitudes, valores, motivaciones y comportamientos que identifica al profesional de la salud, y sintetiza los dominios y las competencias que debe poseer y demostrar (50).

4.5.1 Perfil Profesional

El fisioterapeuta comprende, apropia y usa con criterio los debates epistémicos contemporáneos y los marcos de referencia teóricos y metodológicos que soportan la praxis de la Fisioterapia y su relación con las categorías analíticas de movimiento corporal, desarrollo humano, salud, rehabilitación y funcionamiento. Para su ejercicio se requiere tener sólidas bases en ciencias básicas, sociales, clínicas, de la salud, de la rehabilitación, del movimiento, las cuales le permiten el desarrollo de procedimientos evaluativos, diagnósticos y de intervención, propios de la profesión, en todos los escenarios donde toma lugar la praxis profesional, por la actividad que ejerce en cuanto al manejo de seres humanos debe tener un alto sentido ético y humanista que le permite respetar las diferencias y contribuir a la solución de la problemática social y de salud en Colombia (50).

En cuanto a la gestión que desarrolla se identifican dos líneas la primera direccionada a la gestión que tiene que ver con el desarrollo social, que esta direccionado al ejercicio de la ciudadanía y el compromiso de mejorar la condición de salud y el bienestar de los colombianos, basado en principios de justicia social y ética profesional, por otro lado está la gestión de procesos de investigación basados en el conocimiento de la realidad social y en un pensamiento crítico y reflexivo, los cuales le permiten desarrollar y transferir conocimientos sobre la problemática del movimiento corporal humano, que le permiten desarrollar receptividad y actitud crítica frente a los cambios científicos y tecnológicos como motor de su desarrollo personal y profesional (50).

Como toda actividad profesional que se desarrolla en el marco de la salud el fisioterapeuta tiene disposición de servicio para su participación activa en los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, planeación y rehabilitación de la población. Esto gracias a la capacidad de liderazgo para el desarrollo de actividades gremiales e intersectoriales, en beneficio de la profesión y en consonancia con las necesidades de la sociedad (50).

4.5.2 Perfil Ocupacional Del Fisioterapeuta

En cuanto a los campos ocupacionales de los de los fisioterapeutas organizaciones internacionales, tales como la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT), la Asociación Americana de fisioterapia (APTA), entre otros, han definido seis campos de acción: promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, asistencia terapéutica, habilitación y rehabilitación, educación, administración, gestión e investigación.

Tabla 1. Campos de acción del fisioterapeuta se presenta un resumen de su alcance en cada campo

Tabla 1. Campos de acción del fisioterapeuta

Campo de acción	Alcance
Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad	Interviene con el fin de prevenir la aparición o agravamiento de un trastorno, mediante la formación, la información, una detección precoz de discapacidades, tanto en adultos como en niños y con una intervención adecuada incidiendo, tanto sobre el propio sujeto como sobre su entorno.
Asistencia terapéutica, habilitación y rehabilitación	Rol fundamental del fisioterapeuta que involucra la intervención directa en la práctica clínica en un proceso que incluye la evaluación, el diagnóstico, la planeación, la intervención y la revaloración, de los trastornos del movimiento y la función.
Educación	Realizar labores de educación y promoción de la salud, ya que la instrucción es parte inherente de la actividad del cuidado del paciente en el ejercicio de la profesión. Así mismo, su labor está enfocada en brindar consultorías, tutorías, participar en actividades académicas que les permita socializar los objetivos y beneficios de la fisioterapia e involucrarse en actividades de auto aprendizaje, investigación y estudios epidemiológicos.
Administración	Un aspecto importante en la formación de los fisioterapeutas consiste en adquirir responsabilidades administrativas, que les permita participar de procesos planeación, manejo, dirección, supervisión, elaboración de presupuestos y evaluación de estrategias, programas y proyectos tanto de intervención como de prevención y promoción de la salud.

Campo de acción	Alcance
Gestión	El fisioterapeuta puede participar en la formulación de políticas públicas de salud 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	El fisioterapeuta debe ser capaz de investigar y aplicar los resultados en la práctica, fundamentando su ejercicio en la evidencia.

Fuente: Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia (50)

Dentro de un contexto genera los fisioterapeutas desarrollan su actividad profesional a través de actuaciones individual o multidisciplinar, de acuerdo a las premisas de la interdisciplinariedad de respeto a la capacidad, autonomía y responsabilidad de cada disciplina, en cuanto a los aspectos técnicos y resaltando el contexto social que involucra su actuar, ya desde un aspecto más específico el fisioterapeuta como todo profesional emite un diagnóstico que identifica las deficiencias y discapacidades con la intención de identificar el problema o los problemas de salud que afectan al paciente, susceptible de ser abordados desde la Fisioterapia y poder plantear un plan terapéutico y el pronóstico los cuales proceden de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Deficiencias de la OMS (CIE) (50).

4.5.3 Competencias Del Fisioterapeuta En Colombia.

Las competencias de los fisioterapeutas se pueden enmarcar en competencias profesionales y competencias del fisioterapeuta en salud pública, para las cuales sean delimitado para una mejor aceptación por el colectivo nacional. En cuanto a las competencias transversales en el ámbito profesional aceptadas por el colectivo nacional de fisioterapeutas se presentan en el Tabla 2. Competencias profesionales transversales del fisioterapeuta en Colombia.

Tabla 2. Competencias profesionales transversales del fisioterapeuta en Colombia

Competencia	Implicaciones
Profesionalismo y ética	Desempeñar un ejercicio autónomo y autorregulado de su práctica y su saber profesional, de acuerdo con los fundamentos éticos, políticos y técnico-científicos. Establecidos a nivel mundial.
Comunicativas	Usar las habilidades del lenguaje de manera clara, oportuna, asertiva, precisa y con criterio propio como elementos integrales de su acto profesional.
Investigativas	Garantizar que los servicios profesionales que presta se basen en la mejor evidencia disponible y desarrollar conocimiento científico en beneficio de la profesión y la sociedad.
Administrativas y de gestión	Gestionar la prestación de los servicios profesionales con calidad, eficiencia, efectividad y seguridad de sus intervenciones profesionales y el uso ético, legal, responsable y rentable de los recursos a su cargo.
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 bajo los lineamientos éticos y legales vigentes para la profesión.
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.

Fuente: Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia (50)

Desde las competencias específicas profesionales de los fisioterapeutas estas están relacionadas con aquellos escenarios, ámbitos o territorios en los que se desarrolla el acto profesional de un fisioterapeuta, así:

Tabla 3. Competencias específicas profesionales de los fisioterapeutas

Competencia	Escenarios, ámbitos o territorios
Clínica	Actuar como profesional de la salud de primer contacto de los pacientes/usuarios, realizar el análisis y la interpretación de pruebas de evaluación y diagnóstico fisioterapéutico con la interacción sobre el movimiento corporal, utilizando diferentes estrategias para la recuperación de la salud.
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.
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 propicien el desarrollo humano más allá de desarrollar habilidades o condiciones físicas, 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 colectivos.

Fuente: Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia (50)

Frente a las competencias que debe desarrollar el profesional fisioterapeuta en Colombia en salud pública estas están orientadas al dominio en el conocimiento en salud pública y gestión social, que le permiten el desarrollo de competencias asociadas a desarrollar la práctica profesional desde el reconocimiento de los sujetos en la dinámica social en un marco de democracia y participación.

Los criterios de desempeño asociados al contexto de la salud pública permiten 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, que de acuerdo al estudio “Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia” (50), el profesional debe:

- 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 la 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.

4.6 PERFIL PROFESIONAL DEL ENFERMERO EN COLOMBIA

La Ley 266 de 1996, define la Enfermería como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social”. Reconoce que posee un conjunto de conocimientos propios sobre el cuidado de la vida y de la salud, lo cual le permite distinguirse de otras disciplinas; estos conocimientos se organizan en modelos y teorías de Enfermería y del Cuidado de Enfermería que giran alrededor de los siguientes conceptos básicos: Vida, ser humano, salud, enfermedad, ambiente, sociedad y cuidado de Enfermería. La Ley 911 de 2004, en su artículo 3° dice lo siguiente: “El acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías, y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas” (30).

4.6.1 Perfil profesional

El cumplimiento eficiente de los profesionales de la enfermería está asociados a la formación académica y personal, que se deben reflejar en la calidad del cuidado de las personas que estén a su cargo. Las principales características de este profesional se concentran en hechos como su concepción integral de los sujetos de cuidado, su proyección

de nuevos escenarios de desarrollo de la salud, su capacidad de abogar por el respeto a los derechos de los seres humanos y su capacidad de gestión y liderazgo.

Tabla 4. Características profesionales del profesional de enfermería

Características	Alcance
Su concepción integral de los sujetos de cuidado	Requerida para entender la integralidad y variedad que tienen los sujetos de cuidado en cuanto a diversidad de factores que dan lugar a su diversidad e individualidad
Su proyección de nuevos escenarios de desarrollo de la salud	Permite el goce de otras libertades sustantivas, necesarias para expandir las capacidades y potencialidades de los seres humanos, en cualquier estado de salud-enfermedad.
Su capacidad de abogar por el respeto a los derechos de los seres humanos	Profesionales que sean caracterizado por la defensa de quienes pertenecen a grupos vulnerables y están limitados en el ejercicio de su autonomía.
Su capacidad de actuar con sentido crítico, sensibilidad humana y ética	Valores que desarrolla en su formación, enfocando su acción hacia el empoderamiento conjunto con los sujetos de cuidado, ejerciendo siempre en el marco del respeto por su orden profesional.
Su capacidad de gestión y liderazgo	Capacidad de articulación en su ejercicio profesional de los procesos de enfermería, administrativo, pedagógico, epidemiológico, investigativo y de comunicación, que permiten un profesional integral capaz de desarrollar procesos de gestión integrales.

Fuente: Perfiles y competencias profesionales en salud, Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades (35).

4.6.2 Competencias De La Enfermera/O En Colombia

En la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004 o Código Deontológico de la profesión de enfermería, se encuentran descritos el campo de acción, los valores y principios en los que se soporta el ejercicio de los profesionales de enfermería, que permiten regular y vigilar los derechos fundamentales de las personas. En lo particular, para la concepción y ejercicio de las competencias, son muy importantes las distintas declaraciones y recomendaciones que sobre la regulación de enfermería, principios y objetivos de las competencias ha dado el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en los años 1994 y 1996.

En el contexto nacional la construcción y desarrollo de las competencias de los profesionales de enfermería, la Asociación Canadiense de Enfermeras (CNA), y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) en el periodo 1994-1997, recomendó, trascender en la profesión y la incluyo en el campo de dominio de la disciplina social. Así, su concepción y contenido buscan y enfatizan el liderazgo de enfermería y desarrollan el proceso de autorregulación profesional, la calidad de los cuidados y la ética de su desempeño, reconociendo a los profesionales de enfermería, como gestores del cuidado y de dirección de los servicios de salud, el trabajo comunitario y con grupos poblacionales y vulnerables (30).

De esta manera la profesión concibe las competencias de los profesionales de enfermería, como la construcción de una categoría en proyección, lo cual implica demostrar el poder que tiene el profesional de enfermería al interactuar en situaciones sociales, individuales y colectivas, o donde se requiera impulsar, fortalecer, promover, apoyar y preservar el cuidado de la vida y de la salud de las personas, la familia, la comunidad y el entorno, propósito fundamental en esa perspectiva. Las competencias de los profesionales de enfermería tienen como fin: Incidir en la salud de las personas, la familia, la comunidad y el entorno, mediante la proyección del cuidado hacia la satisfacción de las necesidades humanas, contribuyendo con la construcción de una vida digna y el bienestar general. Los objetivos que permiten su cumplimiento están dirigidos a:

- Situar la dinámica del desarrollo profesional en los distintos ámbitos, la apertura de espacios y oportunidades de ejercicio profesional.
- Articular los conocimientos, la formación y las capacidades de proyección de los profesionales en enfermería en los sectores sociales y de salud;
- Posicionar el cuidado como un derecho y bien de todos los ciudadanos;
- Orientar a los miembros de la profesión, a los ciudadanos y a otros actores sociales sobre las formas de interacción de los profesionales de enfermería para ejercer la práctica social del cuidado.

Las competencias del profesional de enfermería están determinadas en el artículo 17 de la Ley 266 de 1996 (23).

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes, y proyectos de salud y enfermería.
2. Establecer y desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad en la atención de los grupos más vulnerables de la población y a los riesgos prioritarios, en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
6. Ejercer responsabilidades y funciones de asistencia, gestión, administración, investigación, docencia, tanto en áreas generales como especializadas y aquellas conexas con la naturaleza de su ejercicio, tales como asesorías, consultorías y otras relacionadas.

Las competencias descritas integran una bitácora que orienta, hace visible, informa, sitúa y proyecta el desarrollo de la profesión. Por otra parte, se incorporan competencias éticas relacionadas con la construcción de paz, comprometidas consigo mismas, con su

familia, con su país y con el medio ambiente, el respeto a la vida y la dignidad humana es la competencia fundamental, es el cimiento sobre el cual la enfermería desarrolla las demás competencias, la competencia comunicativa es igualmente importante para establecer la relación de confianza, base fundamental del cuidado de enfermería. Todas estas competencias hacen parte de la formación integral del profesional de enfermería, el desarrollo de las competencias: deseo y capacidad de ayuda (solidaridad), capacidad de expresión escrita y verbal, de argumentación, de liderazgo, de trabajar en equipo, de abogar por los derechos de la población, de participar en las decisiones del sector salud tanto en beneficio de la comunidad como de los profesionales, de desarrollar autonomía profesional y en esta forma cumplir responsablemente con la función social de la enfermería: cuidar la salud y la vida (30).

Las competencias transversales definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (30), en su documento “Perfiles y competencias profesionales en salud, Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades” adquieren la connotación de estrategias y herramientas prácticas que facilitan el desarrollo de estas en el ámbito profesional de los profesionales de enfermería descritas a continuación.

- Negociación: Toda negociación debe basarse en la comprensión del principio de diferenciación de miradas, saberes e intereses con otras disciplinas, instituciones, y poderes instituidos frente al cuidado.
- Relación teoría - práctica: Fortalece la unión entre la academia y la asistencia.
- Observación: Permite dirigir el entendimiento por el camino que conduce a conocer e intervenir la realidad.
- Solidaridad: Formarse en autonomía, relación de ayuda, aspectos éticos, de responsabilidad individual, social, culturales y políticos.

4.7 PERFIL DEL PSICÓLOGO EN COLOMBIA EN EL CONTEXTO DE SALUD.

De acuerdo con el Artículo 24 de la Ley 30 de 1992, el título profesional es el reconocimiento expreso de carácter académico otorgado a una persona natural frente a la culminación académica de un programa y por haber adquirido un saber determinado en una Institución de Educación Superior (30). Una vez obtenido el título profesional y de acuerdo con el Artículo 7 del Título IV de la Ley 1090 de 2006, el Colegio Colombiano de Psicólogos otorga la tarjeta profesional para ejercer en el territorio nacional. En el contexto colombiano, y de acuerdo a Chávez, Arango, Serna & Zuleta (11), se hace necesario que un psicólogo, tenga una sólida formación ética, humanística y científica que le permita:

- Desarrollar y aplicar principios psicológicos, conocimientos, modelos y métodos de forma ética y científica, basados en la evidencia, con el fin de promover el desarrollo, bienestar y eficacia de los individuos, grupos y comunidades.
- Actuar con integralidad y evaluar permanentemente las necesidades psicológicas y sociales en el contexto, sus intervenciones, sus resultados y compartirlos con su equipo de trabajo.
- Diseñar las intervenciones psicológicas coherentes con la evaluación, utilizar las herramientas necesarias y hacer seguimiento a los resultados obtenidos y compartirlos con su equipo de trabajo; buscando siempre el mayor beneficio y minimizando el riesgo de daño para la persona, la familia y la comunidad.
- Integrarse a la comunidad y a la gestión institucional, liderar los equipos interdisciplinarios y participar con otros profesionales en la toma de decisiones, teniendo presente la necesidad de seleccionar la mejor evidencia científica disponible frente a situaciones de salud mental en las que se requiera su competencia.
- Intervenir directamente para procurar la Atención Primaria en Salud, con énfasis en promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psicológicos,

vinculando, a la comprensión sobre salud mental, las condiciones en las que la vida tiene lugar.

- Evaluar, diagnosticar, acompañar, asesor e intervenir en salud mental en diferentes escenarios y poblaciones.
- Preparar a las personas, las familias y las comunidades para ser funcionales en sus diferentes contextos.
- Reconocer y respetar el saber del otro y las limitaciones de su conocimiento y competencias.
- Promover la autonomía en el ejercicio de su profesión; evaluar sus prácticas y asumir la responsabilidad de actuación profesional y actualización permanente.

4.7.1 Competencias Profesionales.

Entendiendo la pertinencia de asumir una postura clara sobre el significado de las competencias y sus implicaciones, tanto en la formación del psicólogo como en el ejercicio profesional, desde el año 2008 el Ministerio de Educación Nacional le dio la formulación de competencias genéricas o transversales. Esta formulación, se consolidó como un camino para el monitoreo de la calidad de la educación superior en el país, dando como resultado la definición del desarrollo de las competencias tanto transversales como específicas del perfil del psicólogo (30).

La competencia profesional empieza con el entrenamiento y se convierte en un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida profesional, es dependiente del contexto y se evidencia a través de sus componentes y de cómo esta es ejecutada en diversas situaciones. Las áreas de funcionamiento profesional, tales como la evaluación, el diagnóstico, la conceptualización, la intervención, la investigación, la supervisión, la enseñanza y el manejo administrativo, son actividades que acompañan el día a día del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud mental. En síntesis, las competencias profesionales han de proporcionar una representación de los diferentes roles que desempeñan los psicólogos, dichos roles operan en una variedad de contextos ocupacionales y para

diferentes tipos de usuarios, basados en los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes aplicadas éticamente.

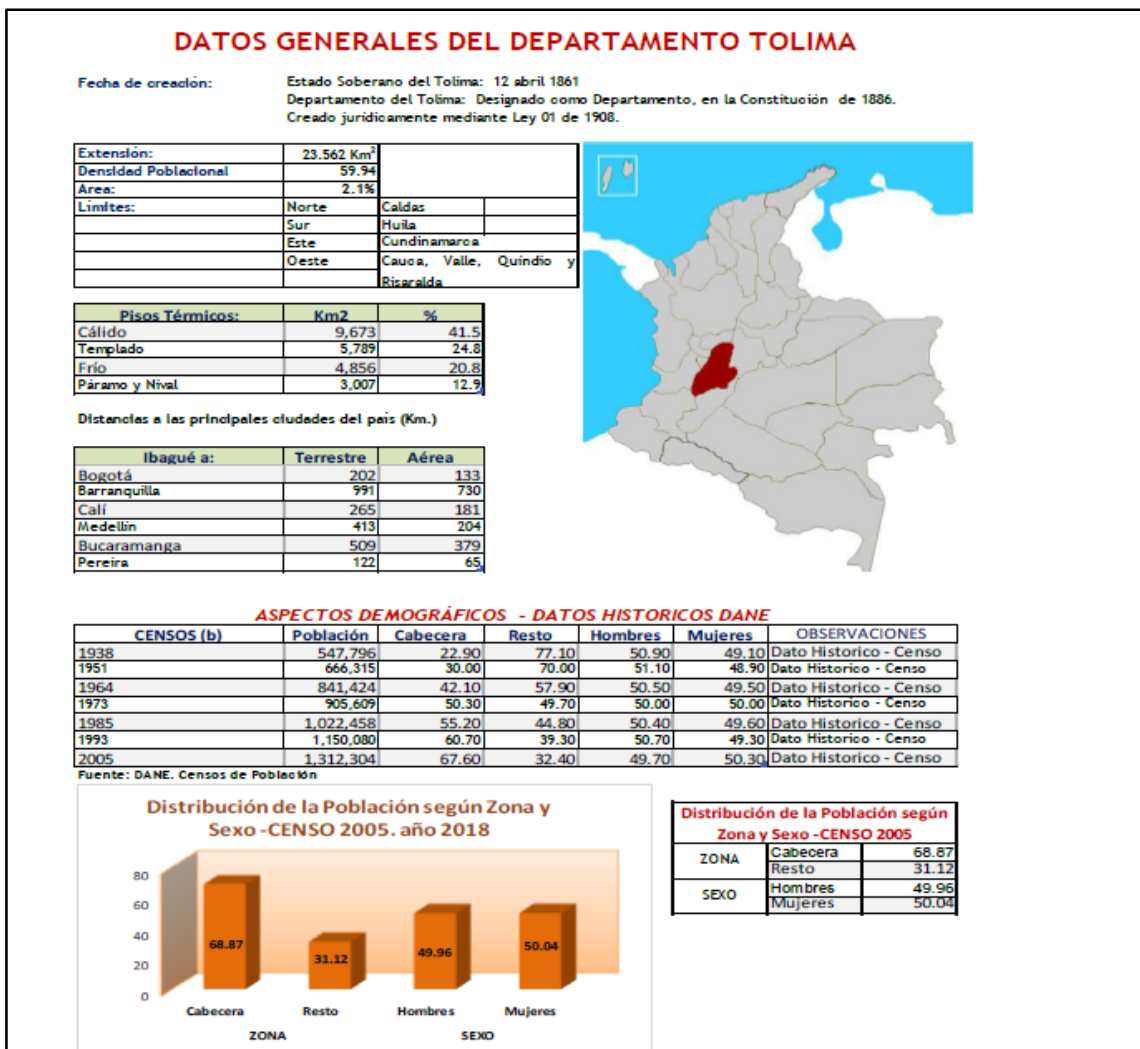
Las Competencias específicas están relacionadas directamente con la ocupación y definen lo que un profesional debe ser capaz de hacer en su área. Por medio de éstas se describe la capacidad para obtener resultados en un desempeño eficiente y con calidad; en los contextos de salud de la persona, la familia y la comunidad. A continuación, se presentan las competencias específicas agrupadas en los siguientes cinco dominios: 1) Identificación de problemas relevantes, 2) Evaluación y diagnóstico, 3) Diseño e implementación de programas de promoción, prevención e intervención, 4) Monitoreo y seguimiento y 4) Comunicación de resultados (30).

4.8 CONTEXTUALIZACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

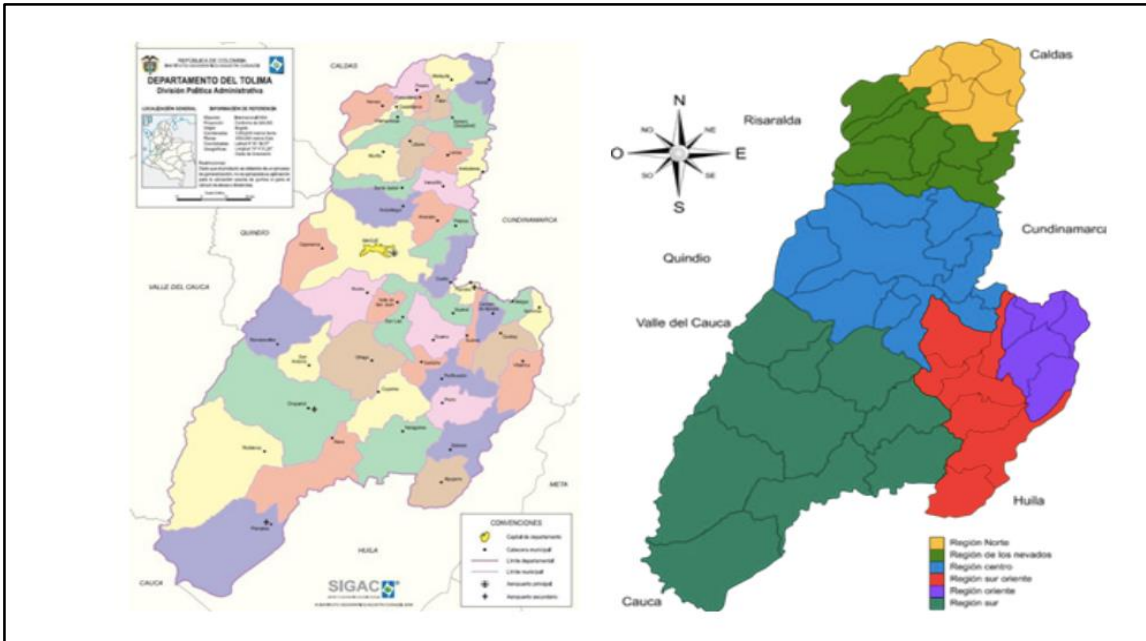
4.8.1 Características Físicas del Departamento de Tolima

El Departamento del Tolima está conformado política y administrativamente por 47 municipios; al igual que 42 corregimientos, 165 caseríos, 78 inspecciones de policía y 63 centros poblados. situado en el centro-occidente del país. Su territorio se inscribe en la región andina colombiana y la cuenca del río Magdalena, el cual lo atraviesa de sur a norte. Limita por el norte y el occidente con el departamento de Caldas, por el oriente con el departamento de Cundinamarca, por el sur con los departamentos del Huila y Cauca, y por el occidente con los departamentos de Valle del Cauca, Quindío y Risaralda. Tiene una superficie de 23.562 km².

En

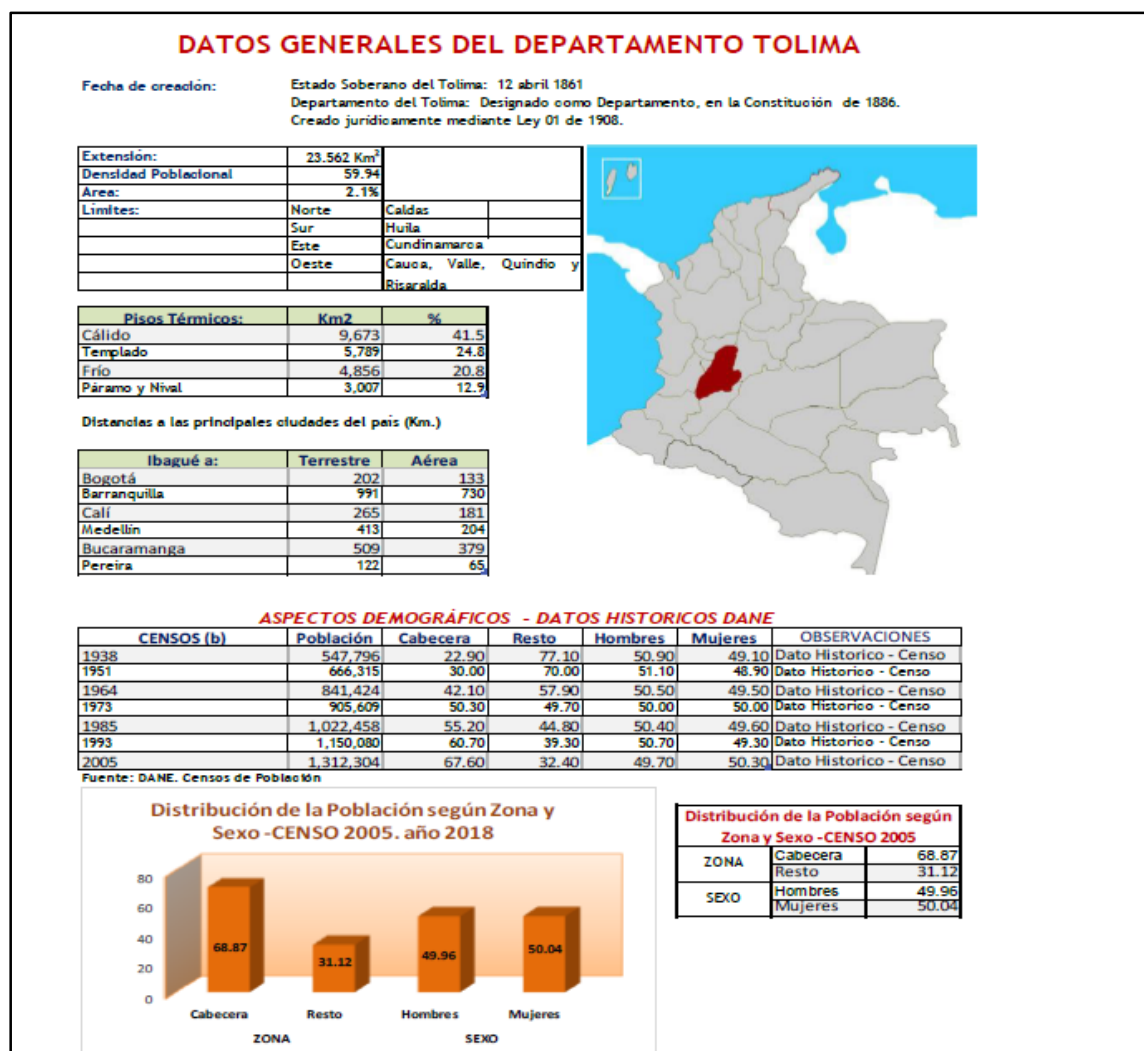


se aprecia un resumen de los principales indicadores territoriales del departamento del Tolima. Y en la



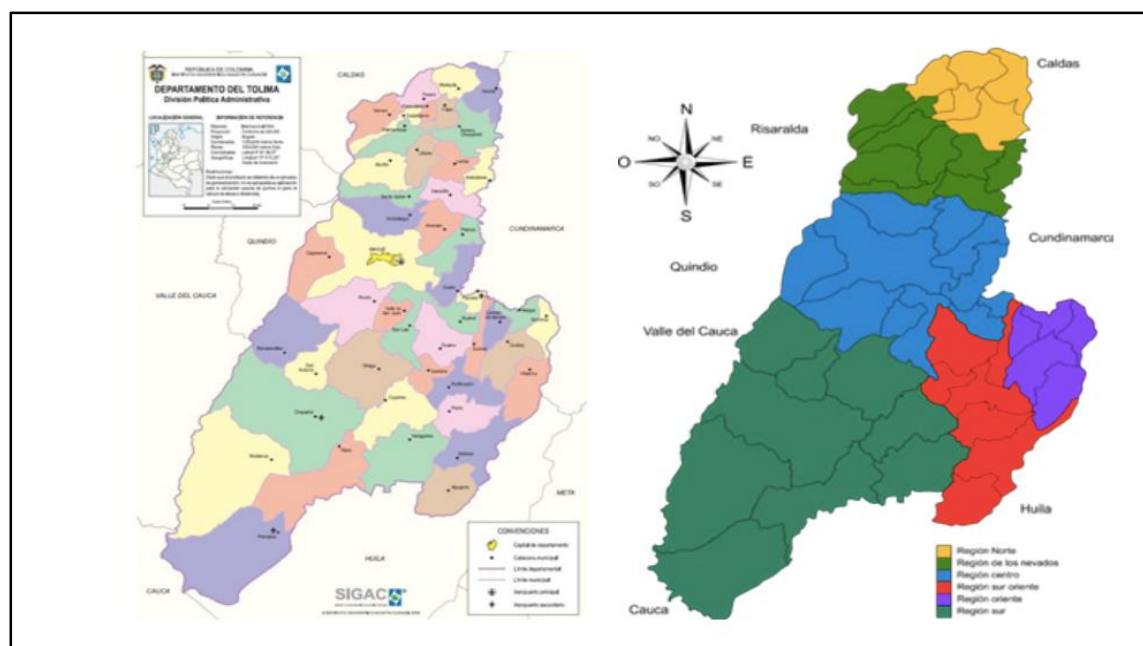
se aprecia la división sociopolítica del departamento.

Figura 1. Datos generales del Departamento del Tolima



Fuente: Tolima cifras 2018 (19,51)

Figura 2. Mapa División del departamento del Tolima por subregiones



Fuente: Plan de Desarrollo del Tolima 2016-2019.

Para una mejor comprensión de los diferentes aspectos socio económicos del departamento del Tolima en la tabla 5 se hace un resumen de las características de las subregiones que lo constituyen.

Tabla 5. El Departamento del Tolima y sus subregiones

Subregión	Municipios que conforman la subregión	Principales características de las subregiones
Sur	Ortega, Chaparral, Roncesvalles, Coyaima, Natagaima, Ataco, Rioblanco, Planadas, San Antonio	Componente étnico y de transformación para el postconflicto

Subregión	Municipios que conforman la subregión	Principales características de las subregiones
Sur Oriente	Purificación, Guamo, Saldaña, Dolores, Alpujarra, Suárez, Prado	Alta producción agrícola y pecuaria
Nevados	Herveo, Casabianca, Líbano, Murillo, Venadillo, Lérida, Villahermosa, Ambalema, Santa Isabel	Es la confluencia del parque natural de los nevados
Oriente	Melgar, Carmen de Apicalá, Cunday, Icononzo, Villarica	Alta dinámica turística y conectividad con el departamento de Cundinamarca
Norte	Mariquita, Honda, Fresno, Fálán, Palocabildo, Armero-Guayabal	Predominan municipios con patrimonio histórico y cultural
Centro	Anzoátegui, Alvarado, Piedras, Cajamarca, Ibagué, Coello, Espinal, Flandes, Rovira, Valle de San Juan, San Luis	Es el mayor centro competitivo del departamento

Fuente: Plan de desarrollo, soluciones que transforman, 2016-2019 (19)

Con una población para el año 2020 de acuerdo a cifras provisionales, proyecciones poblacionales del DANE fue de 1.427.427 habitantes, con una desagregación por sexo correspondiente a 771,719 hombres que representaban el 49,86% y 715.708 mujeres que representaban el 50,14% (52).

Tabla 6. Población proyectada por sexo y área geográfica.

PROYECCIO	Población	Cabecera	%	Resto	%2	Hombres	%	Mujeres	%
2014	1,404,262	958,211	68.24	446,051	31.76	703,580	50.10	700,682	49.90
2015	1,408,272	964,092	68.46	444,180	31.54	705,045	50.06	703,227	49.94
2016	1,412,220	969,777	68.67	442,443	31.33	706,467	50.03	705,753	49.97
2017	1,416,285	975,343	68.87	440,781	31.12	707,519	49.96	708,766	50.04
2018	1,419,947	980,694	69.07	439,253	30.93	709,147	49.94	710,800	50.06
2019	1,423,719	985,884	69.25	437,835	30.75	710,444	49.9	713,275	50.10
2020	1,427,427	990,934	69.42	436,493	30.58	711,719	49.86	715,708	50.14

Fuente: DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (51)

En la Tabla 7. Tipo de afiliación de la población del Tolima, año 2018 se observa el número de afiliaciones a los diferentes regímenes de afiliación a la salud en el departamento del Tolima

Tabla 7. Tipo de afiliación de la población del Tolima, año 2018

SALUD 2018			
Afiliación al régimen subsidiado	Afiliación al contributivo	Afiliación al régimen de excepciones	Prestadores habilitados (IPS públicas y privadas-objeto social diferente, transporte especial de
821.993	604.226	38.693	1.298
			3.977

Fuente: secretaria de Salud Departamental 2018

La evolución del total de la población en el Departamento de Tolima muestra que pasó de 1.391.876 personas en 2011 a 1.408.272 en el 2015, evidenciando un crecimiento de 1,18%, según las proyecciones del DANE. Por su parte, la población ubicada en la zona de cabecera, pasó de representar un 67,49% del total de la población en el 2011 a 68,46% en el 2015, mientras que la zona rural o resto pierde participación, de un 32,51% que

habitaba en el 2011, para el año 2015 registra un 31,54%. Estos cambios se deben a la transformación demográfica al bajar las tasas de fecundidad y mortalidad en el departamento (19)

De acuerdo a la Dirección de Epidemiología y Demografía y Grupo Planeación en Salud Pública - ASIS en el departamento del Tolima se identificaron problemas de salud pública relacionados con las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP así:

Salud Ambiental, se encontró que para el año 2016 la letalidad por dengue con signos de alarma de un 2,89%, en cuanto a la cobertura de acueducto dentro del departamento del Tolima se tiene que el 71,73% en contraídos por debajo de la nacional que es de un 83,4% y se presentaba un riesgo medio en el IRCA del 31,65%, que se encuentra en un nivel similar al riesgo nacional. (53)

Vida saludable y condiciones no transmisibles: en el departamento del Tolima se registraba un aumento en la Tasa de Mortalidad, por Enfermedades del Sistema Circulatorio del 97,1%, dentro de las que se destacaban para el año 2016 las enfermedades isquémicas, crisis hipertensivas y eventos cerebrovasculares, Neoplasias en el departamento del Tolima se ubicó en un 93,4%, dentro de los que se identifican principalmente como el caso de cancera de cuello uterino, estomago, mama y próstata. Mortalidad por Accidentes de Transporte Terrestre, mortalidad ajustada por edad por Diabetes Mellitus y se presentó un aumento en el número de Personas con ERC estadio 5 (872), Estadio 4 (1.020), Estadio 3 (10.216) (53).

Convivencia social y salud mental: se encontró un aumento en la Tasa de Incidencia de Violencia Intrafamiliar del 123,05% y violencia contra la mujer en un 111,03%, incidencia en la Mortalidad por Suicidios se presentaron 89 casos para 2014, al igual se evidencio que existe una prevalencia de consumo de SPA y Alcohol. Por otro lado, la Incidencia en la mortalidad por homicidios fue de 343 Casos para el año 2014 (53) .

Seguridad alimentaria y nutricional: para el año 2014 se presentaba una Prevalencia en la Mortalidad por desnutrición Crónica en Menores de 5 Años del 2,35% y una prevalencia de nacidos vivos con bajo Peso al nacer del 6,39%. Por otro lado, en cuanto a Problemas de salud pública relacionados con la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, hubo un aumento en la razón de Mortalidad Materna del 60,08% y una prevalencia en tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años del 72,47 en año 2013 (53).

En contexto los problemas de salud pública relacionados la vida saludable y enfermedades transmisibles, los resultados fueron en cuanto a la prevalencia de Mortalidad por Chagas fue del 54,55%, la prevalencia de Mortalidad por Leptospirosis era del 6,98%, se evidenciaron bajas coberturas útiles de vacunación contra la rabia animal del 41,48%, en cuanto a la incidencia de VIH este fue del 9,99%, y se presentaba un aumento en la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años del 16,46% (53).

Aspectos como la salud pública en emergencias y desastres permitieron identificar que presentaba una de las mayores tasas ajustada de años de vida potencialmente perdidos en el departamento del Tolima está asociada a las causas externas principalmente por accidentes de transporte terrestre, frente a la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables el porcentaje de hogares con barreras de acceso a servicios de salud para cuidado de la primera infancia este era del 16,8% para el departamento del Tolima, y se presentaba un aumento en casos de Condiciones de Discapacidad en la población, especialmente en las relacionadas con alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, en el sistema nervioso y alteración permanente en los ojos, siendo estas más común en Hombres, dentro de los rangos de edades de 75 a 79 años y mayores de 80 años (53).

Por último en cuanto al Problema de salud pública relacionado con la dimensión de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, se evidencio era necesario aumentar la Cobertura en afiliación al sistema de salud en un 87,48% y se

encontró una deficiencia en la capacidad instalada y en la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores de servicios dentro del departamento del Tolima (53).

4.8.2 Situación En Salud Departamento Del Tolima

El 87,7% de la población está afiliada al servicio de salud, de ellos el 33,86% es de régimen contributivo y aproximadamente hay 173.351 personas pobres sin aseguramiento. La más baja cobertura de afiliación es la de la primera infancia, situación que pone en riesgo su vida por ser más susceptibles a contraer enfermedades transmisibles y condición nutricional. Son 15 los municipios con cobertura inferior al 70% (1). La prestación de servicios obedece a un modelo en red regional: Centro, Norte y Suroriente. Se han mejorado los servicios hospitalarios de urgencias, pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la mujer, braquiterapia, centros de salud, laboratorios y hospitalización de 8 Empresas Sociales del Estado (ESE), en 15 ESE se fortaleció la red pública hospitalaria de urgencias, hospitalización e imágenes diagnósticas; 6 de 29 programas de saneamiento fiscal y financiero se han viabilizado (53).

4.8.2.1 Situación de la salud pública.

En salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos reproductivos, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud pública en emergencias y desastres (2), vida saludable y enfermedades transmisibles, salud y ámbito laboral (53), se incorpora en el eje territorio sostenible por ser del bloque temático prevención y atención emergencias y desastres.

4.8.2.2 Situación salud infantil.

Ha disminuido la muerte perinatal, pasando de 13,2 x 1000 nacidos vivos en 2011 a 7,4 en 2014. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año es de 11,1 x 1000 nacidos vivos, estando por encima de la de Bogotá en 2,01 puntos; 2,89 por encima de Boyacá y 2,11 por encima de Cundinamarca. Causas: malformaciones congénitas, trastornos

respiratorios específicos en el período perinatal, infecciones, complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento asociado a la edad gestacional. Reforzadores: Deficiencia en la calidad y oportunidad del servicio. Mayor mortalidad se presenta en Cunday, Villahermosa, San Luis, Dolores, Planadas y Líbano. La muerte de menores de 5 años se incrementó pasando de 13,31 x 1000 nacidos vivos en 2013 a 14,7 en 2014. Causas: Enfermedad diarreica aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (ERA) principalmente en los municipios de Cunday, Valle de San Juan, Coyaima, Villahermosa y Líbano. La mortalidad por desnutrición en menor de 5 años disminuyó, pasó de 0,5 x 1000 nacidos vivos en el 2012 a 0,27 en el 2014 (53).

En cuanto a inmunización contra enfermedades transmisibles, la cobertura de vacunación es útil cuando es superior a 95%; para el caso de DPT (4) está en 90,9%; hay deficiencia en la prestación del servicio por parte de las Empresas Administradoras a la población rural dispersa (53).

4.8.2.3 Salud materna.

Se ha incrementado a 88% de maternas con los 4 controles prenatales y la condición nutricional de la gestante, permitiendo bajar el índice de bajo peso al nacer de 6,64% en el 2011 a 6,38% en el 2014; la razón de mortalidad materna se incrementó en los últimos 4 años pasando de 40,6 x 100.000 nacidos vivos en el 2011 a 49,2 en el 2014; el ascenso más alto se registró en el año 2012 (81,9) y la protección máxima la hubo en el 2013 con una razón de 16; con la estrategia de Atención Especial a la Primera Infancia (AIEPI) tanto los grupos médicos, como las familias están adoptando mejores prácticas de cuidado y atención de la primera infancia y las maternas (53).

4.8.2.4 Situación salud sexual y reproductiva adolescente.

Para 2014, la tasa de embarazo adolescente en menores de 14 años es 3,33 x 1000 mujeres y entre 15 a 19 años es de 78,9; por debajo del departamento del Meta y por encima de Bogotá en 16,1, de Cundinamarca en 7,09 6 y de la Nación en 5,91. Causas:

débiles proyectos de vida y de orientación e información en salud sexual y reproductiva, abuso sexual (53).

4.8.2.5 Situación salud joven y adulto.

Para 2014 hay una alta tasa de mortalidad por enfermedad del sistema circulatorio 212,64 x 100.000 habitantes; es muy alta en consideración con la del país que se encuentra en 131,10; las causas principales están asociadas a estrés, depresión, hábitos de vida no saludable, y afecta principalmente a los municipios de Honda, Guamo, Dolores, Palocabildo, Icononzo, Fresno y Ambalema. Las enfermedades transmisibles se están incrementando en los últimos 4 años: pasaron de 31,6 x 100.000 habitantes en el 2011 a 38,4 en el 2014; el Departamento por su condición ambiental está expuesto a riesgos sanitarios y ocurrencias de Dengue, Chikungunya, Zika, Leishmaniasis, en 45 municipios la tasa de incidencia de enfermedad transmitida por vector es de 3.664 x 100.000 habitantes y de mortalidad de 2 x 100.000 habitantes. La mortalidad por VIH/SIDA es de 5.8 x 100.000 habitantes, se ubica por encima de 4,7 tasa nacional. La incidencia de tuberculosis es de 28 x 100.000 también supera la nacional 24,91. La ciudadanía aún no se adopta prácticas de prevención y cuidado a pesar de las estrategias de búsqueda activa de pacientes sintomáticos, factores y población en alto riesgo y orientación, educación y mecanismos de divulgación que el Departamento lidera para sensibilización, control de vectores, seguimiento y evaluación. En cuanto a enfermedades no transmisibles; el cáncer de estómago, le sigue próstata y útero presenta tendencia decreciente; en 2014 la tasa es de 93,7 x 100.000 habitantes y está por encima de la de Colombia; se presenta especialmente en Ambalema, Líbano, Honda, Lérica, Prado. La diabetes, aunque se ha reducido (36,17) está por encima de la tasa nacional (35,1,53).

4.8.3 Situación Inclusión Social Población.

Tolima tiene mayor déficit de vivienda cuantitativa y cualitativa que Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Meta y la Nación; mientras que, en el Tolima en 2014, el déficit de vivienda nueva es de 58,12% el promedio déficit en los otros es de 14,9%. Las barreras de

acceso son: déficit de suelos habilitados para vivienda, cobertura de servicios públicos en los municipios y títulos de propiedad por parte de las familias. El déficit de calidad en vivienda es de 28,01%, es superior 17,9 puntos con relación a Cundinamarca y 11,91 con relación a la Nación. Las deficiencias son: pisos, hacinamiento por espacio insuficiente, no disponibilidad servicios públicos (53).

4.8.3.1 Situación población en condición de discapacidad.

Hay registrados 40.921 personas con discapacidad, 48% mujeres y 52% hombres, principalmente en Ibagué, Espinal, Líbano, Chaparral, San Luis, Ortega, Purificación, Lérica, Rovira y Fresno (53).

4.8.3.2 Situación adulto mayor.

Es global el incremento de la población adulta mayor por el incremento de años de vida más saludable y digna, en Planadas hay un decrecimiento de 0,46%. En el Tolima hay 186.919 personas mayores de 60 años. En Ibagué 72.314, Espinal 9.675, Líbano 6.162, Guamo 5.490, Chaparral 5.359, Purificación 4.847, Mariquita 4.771, Flandes 4.064, Coyaima 3.886 y Melgar 3.476. Se cuenta con política pública de envejecimiento y vejez y se avanza en atención humanizada y la garantía y goce de sus derechos en salud, participación, cultura, deporte y TIC's. Participan 1.850 adultos mayores. Se han fortalecido los centros día de Alvarado, Fresno, Venadillo y Mariquita. Hay dificultad en la atención porque los adultos mayores desconocen los servicios y rutas de atención (53).

4.8.3.3 Situación etnias.

Son 89.531 personas, 18.546 familias; el 82% son indígenas, 17% afrocolombianos la población afro, se ubica en Ataco, Guayabal, Chaparral, Lérica, Honda, Mariquita, Melgar e Ibagué; 50 personas son Rom y viven en Ibagué, Ataco, Guamo, Espinal y Mariquita son 15 familias. Los principales asentamientos se encuentran en: Coyaima, Natagaima, Ortega, le siguen los municipios de Ibagué, Coello, Espinal, Saldaña, Guamo,

Purificación, Prado, Ataco, Chaparral, San Antonio, Rioblanco y Planadas. Son 200 las comunidades registradas en Ministerio y se dividen en 80 resguardos y 120 parcialidades. Las intervenciones con indígenas respetan sus políticas internas y se conciertan con los gobernadores indígenas. Los pueblos indígenas son Pijaos o Coyaimas – Natagaimas, Nasa y Páez y dos asentamientos más: de Emberas en Mariquita e Ingas en Ibagué. El NBI de los municipios con presencia indígena es de 38,91% urbano y 61,34% rural (53).

Según Mininterior hay vulneración de derechos en cuanto a propiedad colectiva, medidas de prevención y disuasión de acciones de grupos armados, no cuentan con ordenamiento ambiental, no están articulados los planes de desarrollo con sus planes de vida, es débil el apoyo a su identidad y cultura indígena (53).

4.9 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Como antecedentes normativos para las redes de servicios, como parte inherente a la Atención Primaria de Salud, además de la Ley 10 de 1990 (54), y la Ley 715 de 2001 (55), también se puede resaltar la Ley 1122 de 2007 (56), la cual determinó que “la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (19).

El Gobierno Nacional definió el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tenía por objeto la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente en las poblaciones más vulnerables mediante la definición de las políticas sectoriales, multisectoriales, individuales y colectivas. El Plan se formuló sobre tres enfoques: Poblacional, de Determinantes y de Gestión Social del Riesgo y estableció tres líneas operativas: La promoción de la salud, la gestión del riesgo en salud y la gestión de la Salud

Publica. El plan incluyó una serie de aspectos que, en conjunto apuntan a la intervención de buena parte de los determinantes de la salud (57)

La Ley 1122 de 2007 determinó que el servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes de acuerdo con la reglamentación existente y las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público. La Estrategia de Atención Primaria en Colombia se describe en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, el cual fue concebido dentro de un amplio proceso de participación social y el concurso de todos los sectores gubernamentales (57).

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 –2021 busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Los planes de desarrollo departamentales y municipales se deben armonizar con El PDSP y este debe ser la base para la formulación de planes territoriales de salud pública (57).

Los grandes ejes temáticos o dimensiones que están incluidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 –2021, son ocho: “1. Salud ambiental, 2. Salud mental y convivencia, 3. Seguridad alimentaria y nutricional, 4. Salud sexual y reproductiva, 5. Vida saludable y condiciones no transmisibles e incapacitante, 6. Vida Saludable libre de enfermedades transmisibles, 7. Salud Pública en emergencias y desastres, 8. Dimensiones transversales” (57).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública en los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, Colombia, 2018.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente el perfil de los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, Colombia 2018.
- Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, Colombia 2018.
- Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, Colombia 2018.
- Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, Colombia 2018.

6 METODOLOGÍA

Enfoque de investigación: Cuantitativo.

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

Población: Todos los Profesionales de las Secretaria de Salud Pública del Departamento de Tolima.

Muestra: 26 Profesionales. siete (7) Profesionales en enfermería, tres (3) Psicólogos, dos (2) Ingenieros de Sistemas, dos (2) Médicos (Cirujano), dos (2) Fisioterapeutas, y un (1) participante de las siguientes profesiones Bacteriólogo, Ingeniero Químico, Microbiólogo, Ingeniera Sanitaria, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Médico Veterinario, Ingeniero Ambiental, Odontólogo y Comunicador social.

Muestreo: por conveniencia según la disponibilidad de los profesionales para participar en el estudio y la firma del consentimiento informado.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información: En la tabla 8 . se muestran las técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de la información, para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Corresponden a los instrumentos seleccionados en el estudio multicéntrico en seis departamentos de Colombia, del cual hace parte esta investigación en el departamento de Tolima.

Tabla 8. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Técnica	Instrumentos	Objetivos Específicos
Encuesta	Cuestionario	N° 1. Caracterizar socio-demográficamente psicólogos, enfermeros y fisioterapeutas, que integran los equipos de salud pública en el departamento del Tolima.
Encuesta	Cuestionario	N° 2 Identificar las competencias laborales que tienen los psicólogos, enfermeros y fisioterapeutas, que integran los equipos de salud pública en el departamento del Tolima.
Encuesta	Instrumento MRCESP	N° 3. Describir las competencias esenciales en salud pública que integran los equipos de salud pública en el departamento del Tolima. N° 4. Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias especiales de salud pública de los psicólogos, enfermeros y fisioterapeutas, en los equipos de salud pública el departamento del Tolima.

Fuente: elaboración propia

El instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública según el marco regional, MRCESP, se utilizó con la autorización de los autores Mosquera & Salazar (58) 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”.

Este instrumento fue validado por los autores de la investigación sometiéndolo a juicio de expertos y prueba piloto.

Para el juicio de expertos se consideraron los siguientes criterios:

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

SECCIÓN A

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

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

SECCIÓN B

Para esta sección se valoró la instrucción y la pertinencia de la escala de autoevaluación para el conjunto de los 56 ítems. No cada ítem.

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

Los resultados de la validación mostraron que la versión final del instrumento garantizaba la validez y la confiabilidad en el proceso de recolección de la información.

6.1 PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó autorización a las entidades competentes para contactar a los profesionales que integran los equipos de salud pública en el departamento del Tolima.
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.

6.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

- Organización de la información: Diseño de la base de datos en SPSS V23.
- Análisis Univariado: Se realizó análisis estadístico descriptivo que se presentó en frecuencias absolutas y relativas.
- Análisis Bivariado: Se obtuvieron tablas cruzadas para realizar análisis exploratorio de correspondencia. Para establecer asociación entre las variables sexo, profesión y tiempo en el cargo 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.

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es una investigación clasificada como sin riesgo de acuerdo a lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de Colombia, en el artículo 1, literal a, según el cual las investigaciones sin riesgo son aquellas que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. La aprobación de este proyecto Multicéntrico por el comité de Bioética de la UAM consta en el Acta No. 68 de junio 14 de 2017 (59).

7 RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se presentan en dos partes: la primera corresponde a la identificación de características sociodemográficas generales y actividades laborales que realizan el Fisioterapeuta, el Psicólogo y los Enfermeros, que ejercen en el área de salud pública en el departamento del Tolima, y la segunda presenta las FESP que ejerce este grupo en el desarrollo de su actividad laboral, de acuerdo con el MRCESP propuesto por la OPS.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES Y ACTIVIDADES LABORALES

Se contó con información de 26 profesionales que hacían parte del equipo de salud pública del departamento del Tolima para el año de 2018. La mayoría eran profesionales de la salud (73.07%). En cuanto al sexo el 80.8% de los profesionales correspondía al sexo femenino, el promedio de edad fue de 37.5 años (+-10.9) y con respecto al grado de escolaridad, se identificó que la mayoría eran Enfermeros (26.92%), seguido de Psicólogos 11.53% y Fisioterapeutas con un 7.69%. Entre tanto se encontró que el 57.69% tenían formación en posgrado y el 42.3% de los profesionales no han realizado estudios de especialización o un nivel superior de formación, el 11.4 % finalizaron la especialización de auditoría y garantía de la calidad de salud y uno finalizó estudios de maestría de Salud Pública, El tiempo de egreso de los programas de pregrado varía entre 1 año y 5 años. Todos los profesionales están vinculados a la secretaria de Salud Departamental, la cual cuenta en su organización con el laboratorio departamental de salud pública. El tiempo de experiencia en los equipos de salud pública no supera los 12 meses, la mayoría de profesionales están contratados por prestación de servicios (69.2%). El 69.2% de los profesionales están en el cargo por recomendación de un tercero.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los profesionales que integran el equipo de salud pública del departamento del Tolima 2018.

VARIABLES		n = 26	%100
Municipio	Tolima	26	100%
Sexo	Mujeres	21	80.8%
	Hombres	5	19.2%
Profesionales	Enfermeros	7	26.92%
	Psicólogos	3	11.53%
	Médicos	2	7.70%
	Fisioterapeutas	2	7.70%
	Ingeniero Sistemas	2	7.70%
	Bacteriólogo	1	3.84%
	Ingeniero Químico	1	3.84%
	Microbiólogo	1	3.84%
	Terapeuta Ocupacional	1	3.84%
	Nutricionista	1	3.84%
	Veterinario	1	3.84%
	Odontólogo	1	3.84%
	Comunicador Social	1	3.84%
	Ingeniero Ambiental	1	3.84%
	Ingeniero Sanitaria	1	3.84%
Nivel de	Pregrado	11	42.3%
Escolaridad	Especialización	14	53.8%
	Maestría	1	3.84%
Pregrados	No Aplica	11	42.3%
	Especialista Auditor y	1	3.84%

Garantía Salud

Variables	n = 26	%100
Especialista Auditoria y Garantía	2	7.6%
Especialista Derecho médico y sanitario	1	3.84%
Especialista gerencia SO	1	3.84%
Especialista Auditoria Salud	1	3.84%
Especialista Educación Salud	1	3.84%
Especialista Gerente talento humano	1	3.84%
Especialista Gerencia Py	1	3.84%
Especialista Gerencia Salud	1	3.84%
Especialista en Gestión Hospitalaria	1	3.84%
Especialista Ingeniero Ambiental	1	3.84%
Especialista. Ingeniero Sanitaria y Ambiental	1	3.84%
Especialista Administración servicios salud	1	3.84%

Fuente: elaboración propia

Otros datos de interés hacen referencia a las diferentes funciones que ejercen los profesionales de la salud al interior de la institución, encontrando entre ellas actividades de vigilancia de eventos de interés salud publica dentro de los bacteriólogos, en cuanto a cargos técnicos como los que pueden llegar a desempeñar los ingenieros se tienen en el caso delo ingeniero químico que sus funciones están asociadas a procesos de apoyo como análisis espectrofotométrico de aguas, en el caso del ingeniero sanitario este tiene funciones administrativas, técnicas, inspección y vigilancia, en el caso del ingeniero de

sistemas sus actividades de apoyo permiten la administración y funcionamiento de diferentes áreas de la organización y estas se enmarcan en refieren tener funciones en formulación y actualización de proyectos, apoyo en la herramienta SISVAN, manejo de base de datos, proyectos de inversión, realización de contratos. Por último, se cuenta con otro profesional en las áreas de apoyo que es el ingeniero ambiental y sanitario que apoya el área ambiental y seguridad ejerciendo funciones de visitas de inspección, vigilancia sanitaria y ambiental a los establecimientos que manejen residuos peligrosos.

En cuanto a las funciones del personal directamente relacionado con el manejo de pacientes de la salud se encontraron que en el caso de los médicos dentro de sus funciones existen las de coordinación de Emergencias y Desastres, los psicólogos deben asumir procesos de asesoría y asistencia técnica en temas de salud mental a los diferentes municipios del departamento, la atención de los programas de seguridad alimentaria y nutricional, apoyar a la implementación de la herramienta SISVAN están a cargo del nutricionista y dietista de la entidad, en el caso de los programas de MIAS y RIAS estas funciones están en cabeza del odontólogo funciones en actividades, al igual que participar en reuniones del modelo estándar de control interno. Otro caso de funciones son las asignadas al Terapeuta ocupacional que realiza asistencia técnica, acompañamiento y seguimiento a los comités territoriales.

Otras funciones que se desarrollan al interior de la organización de salud funciones de análisis de agua y de parásitos, análisis de alimentos, apoyo en la implementación del sistema de gestión de la calidad realizadas por la microbióloga, funciones en inspección, vigilancia y control por el médico veterinario , entre tanto los fisioterapeutas refieren tener funciones de seguimiento a plan de acción de personas con discapacidad, visitas y capacitaciones extramurales en normatividad de personas con discapacidad, así mismo asistencia técnica.

En cuanto a las características laborales se encontró que el 69,2% presentó una vinculación laboral por prestación de servicios, con un salario característico de \$3.745.000, en su mayoría con una duración del contrato de 12 meses (26.9%) Respecto a la forma como llegaron a su cargo se identificó que el 69.2% fue por recomendación y por tener una función multidisciplinaria en su cargo (69,2%).

Tabla 10. Características laborales de los profesionales que integran el equipo de salud pública del departamento del Tolima 2018

Variables		n = 26	%100
Municipio	Tolima	26	100%
Vinculación Laboral	Prestación de Servicios	18	69.2%
	Termino Fijo	1	3.84%
	Indefinido	1	3.84%
	No Aplica	6	23.1%
Salario en rangos	Entre 3 y 3.5	3	11.52%
	Entre 3.5 y 4	19	73.02%
	4 o mas	4	15.35%
Llego a su cargo por	Recomendación	18	69.2%
	Designación	3	11,5%
	Convocatoria	5	19.2%
Tipo de Función del cargo	Multidisciplinarias	18	69.2%
	Disciplinarias	8	30.8%

Elaboración Propia

7.2 COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (CESP), DE ACUERDO CON EL MARCO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA (MRCESP)

Tabla 11. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 1 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

	Profesión		
	χ^2	SIG	
DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD			
Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud			
1.1	Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.	62,640	0,042
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	37,427	0,781
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	39,066	0,720
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.	33,542	0,89

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	58,113	0,544
1.6	Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud	52,609	0,203
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.	34,879	0,247
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	44,793	0,480
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	58,190	0,542

Fuente: elaboración propia

En las competencias 1.1 – 1.2 - 1.3 – 1.4 – 1.5 – 1.6 - 1.7– 1.8– 1.9 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales si 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, analizan sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgo, resultados y acceso a los servicios estableciendo 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, gestionando información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones a través de la investigación, recomiendan acciones a favor de la salud a diferentes audiencias y públicos basados en nueva evidencia y conocimientos, desarrollan metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud, desarrollan tecnologías, metodologías y herramientas para el análisis y comunicación de la información; transfieren conocimientos a través de capacitaciones de la fuerza de trabajo y de los actores clave, administrando información, resultado de las acciones contribuyendo al bienestar global.

Tabla 12. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 2 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

		Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.		χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>			
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.	52,339	0,210
2.2	Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para	56,134	0,123

		Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.		χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>			
<hr/>			
	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.	46,831	0,397
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.	47,173	0,383

		Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.		χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>			
2.5	<p>Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.</p>	47,930	0,354
2.6	<p>Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.</p>	43,982	0,515
2.7	<p>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</p>	46,236	0,421

	Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.	χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>		
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.	57,011	0,108
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	40,866	0,647

		Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.		χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>			
<p>continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.</p>			
2.10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	69,323	0,191
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.	48,351	0,339
2.12	Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.	50,590	0,262

	Profesión	
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.	χ^2	SIG
<p>Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud</p>		
2.13 Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	51,371	0,238
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.	54,834	0,149

Fuente: elaboración propia

En las competencias 2.1 – 2.2 - 2.3 – 2.4 – 2.5– 2.6 - 2.7– 2.8– 2.9 - 2.10 – 2.11 – 2.12 – 2.13 – 2.14 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales 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, Gestiona las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública, 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, 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, Detectan precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población, Articulan las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud, 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, 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, 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, Elaboran la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión, Diseñan planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud, Diseñan proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud, Ejecutan la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud, 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.

Tabla 13. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 3 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

		Profesión	
DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		χ^2	SIG
<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>			
.1	Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros para para lograr cambios positivos en la salud de los indiv la comunidad.	48,642	0,328
.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.	46,594	0,406
.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.	46,062	0,428

		Profesión	
DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		χ^2	SIG
<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>			
.4	Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.	45,949	0,432
.5	Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.	47,185	0,383
.6	Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.	52,693	0,201
.7	Desarrollar estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la	49,606	0,295

		Profesión	
DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		χ^2	SIG
<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>			
consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.			
.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.	0,483	0,483
.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.	48,687	0,326

	Profesión	
DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	χ^2	SIG
<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>		
.10	43,315	0,544
<p>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.</p>		

Fuente: elaboración propia

En las competencias 3.1 – 3.2 - 3.3 – 3.4 – 3.5 – 3.6 - 3.7– 3.8 – 3.9 – 3.10 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales si valoraran 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, 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, 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, Diseñan estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos, Reconocen las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos, Aplica las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud, 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, 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, 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, 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.

Tabla 14. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 4 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

		Profesión	
DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL.		χ^2	SIG
<p>Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos</p>			
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	51,360	0,239
4.2	Proteger en toda política pública sectorial o extra sectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.	35,970	0,830
4.3	Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus	52,162	0,215

		Profesión	
DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL.		χ^2	SIG
<p>Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos</p>			
<p>determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.</p>			
4.4	<p>Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.</p>	46,835	0,397
4.5	<p>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</p>	58,349	0,087

		Profesión	
DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL.		χ^2	SIG
<p>Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos</p>			
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.	61,877	0,048
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.	57,571	0,099

Fuente: elaboración propia

En las competencias 4.1 – 4.2 - 4.3 – 4.4 – 4.5 – 4.6 - 4.7 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales si 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, protegen en toda política pública sectorial o extra sectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población, 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, evalúan las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados, lideran grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales, 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, 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.

Tabla 15. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 5 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.		Profesión	
		χ^2	SIG
Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.			
5.1	Respalda 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.	47,907	0,356
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.	69,705	0,183
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.	43,549	0,533

DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.		Profesión	
		χ^2	SIG
Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.			
5.4	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.	44,601	0,489
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	48,461	0,335
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.	39,850	0,689

DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.		Profesión	
		χ^2	SIG
Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.			
5.7	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.	47,140	0,385
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.	56,638	0,114

Fuente: elaboración propia

En las competencias 5.1 – 5.2 - 5.3 – 5.4 – 5.5 – 5.6 - 5.7 – 5.8 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales 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, 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, Diseñan 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, 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, 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, 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, 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, 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.

Tabla 16. Porcentajes de uso de las competencias del Dominio 6 de los profesionales del equipo de salud pública del departamento de Tolima 2018.

DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.		Profesión	
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		χ^2	SIG
6.1	Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	77,133	0,067
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.	74,025	0,105
6.3	Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	72,756	0,125

DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.		Profesión	
<p>Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que, con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica</p>		χ^2	SIG
6.4	<p>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.</p>	65,640	0,288
6.5	<p>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.</p>	67,240	0,243

DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.	Profesión		
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	χ^2	SIG	
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	62,727	0,380
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.	65,855	0,281
	Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la		

DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL.	Profesión	
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	χ^2	SIG
6.8 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.	65,287	0,298

Fuente: elaboración propia

En las competencias 6.1 – 6.2 - 6.3 – 6.4 – 6.5 – 6.6 - 6.7 – 6.8 las puntuaciones promedio están entre Casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales reconocen las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global, 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, Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza trasnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas,

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, 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, 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, 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, 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.

7.3 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA

Antes de realizar el análisis de correspondencia simple se determinó la asociación estadística entre las variables dominios con las variables pregrado, tiempo de experiencia en el cargo en meses (tiempo 1) y tipo de funciones, cuyos resultados se consolidaron en las siguientes tablas, considerando los resultados de la prueba chi cuadrado, (χ^2) inferior al 5%. Es decir que este análisis se hizo solo con los cruces de variables que tuvieron significancia $P < 0,05$ y con variables de más de dos categorías. En la tabla ya consolidada se resaltan todas las significancias menores a 0,05 $P = < 0,05$ que tienen significancia.

Una vez establecida la asociación entre las variables se realizaron tablas para identificar y visualizar la correspondencia entre las categorías de las variables asociadas.

Competencias relacionadas con el dominio.

Tabla 17. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2

DOMINIO	COMPETENCIAS	PROFESIONES	
		χ^2	SIG
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.	62, 64a	0,042
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.	61,867a	0,048

Fuente: elaboración propia

Tabla 18. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2

DOMINIO	COMPETENCIAS	FUNCIONES	
		χ^2	SIG
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	10, 492a	0,015

	población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.		
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.	7, 894a	0,048
6,3	Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza trasnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	9, 972a	0,041

Fuente: elaboración propia

En el 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” y en el dominio 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” se observa que tiene asociación con la variable profesión.

En el dominio 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” en el dominio 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” y en la 6,3 “Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza trasnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas” se observa que tiene asociación con la variable funciones.

Tabla 19. Competencias con Asociación * ($p < 0.05$) según nivel de significancia de la prueba χ^2

DOMINIO	COMPETENCIAS	TIEMPO	
		χ^2	SIG
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.	13,324a	0,038
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.	16,804a	0,010
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.	12,970a	0,044
2,10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	17,135a	0,029
2,13	Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	12,935a	0,044
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.	13,732a	0,033

Fuente: elaboración propia

En el dominio 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.” en 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” En el dominio 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” En el dominio 2.10 “Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión” en el dominio 2.13 “Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud” en el dominio 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” se observa que tiene asociación con la variable tiempo.

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, mostró asociación con profesión: la bacterióloga, 4 enfermeras, la ingeniera sanitaria, la terapeuta ocupacional, un médico y un médico cirujano, los 3 psicólogos, el nutricionista, el odontólogo, la comunicadora social, y una fisioterapeuta siempre cumplen las funciones, los que casi siempre son el ingeniero químico las 3 enfermeras restantes, los dos ingenieros de sistemas y los que lo hacen algunas veces son el microbiólogo, el ingeniero ambiental y la fisioterapeuta restante.

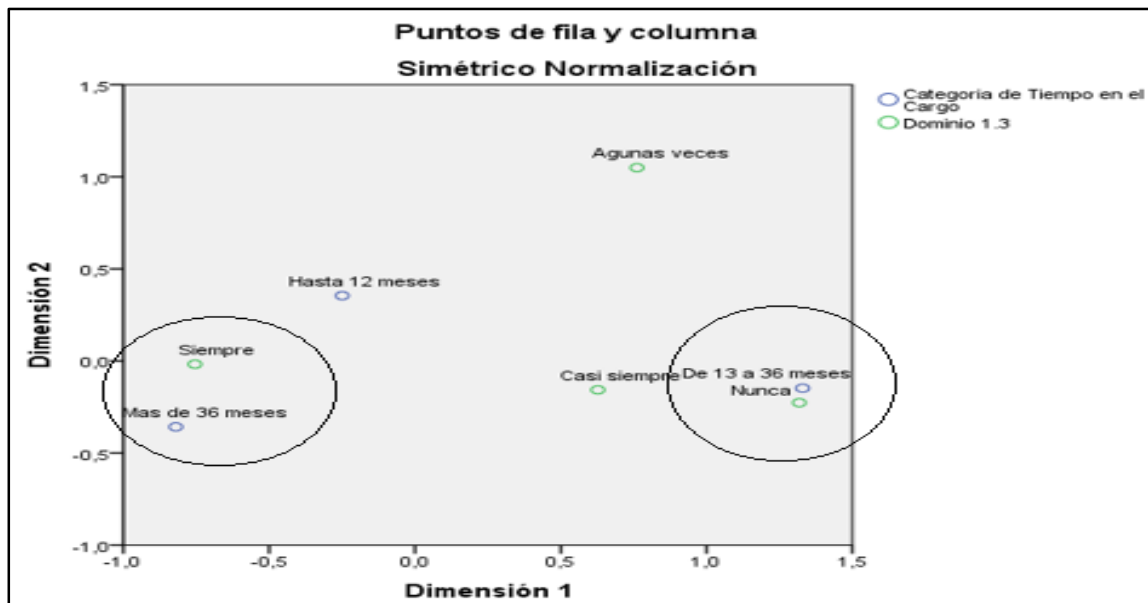
a competencia 3.10, participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud, mostro asociación con la función: disciplinares siempre 3, multidisciplinarios 5, casi siempre multidisciplinarios 8, algunas veces multidisciplinarios 3 y nunca disciplinares 5 y multidisciplinarios 2.

La 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, mostro asociación con el tiempo: siempre, hace 12 meses 7, más de 36 meses 7, casi siempre, hace 12 meses 2, de 13 a 36 meses (3), más de 36 meses 1,

algunas veces, hace 12 meses 1, de 13 a 36 meses 1 y nunca, hace 12 meses 1, de 13 a 36 meses 3.

Después de establecida la asociación entre las variables se realizan mapas perceptuales para poder identificar y visualizar la correspondencia entre las categorías de las variables asociadas

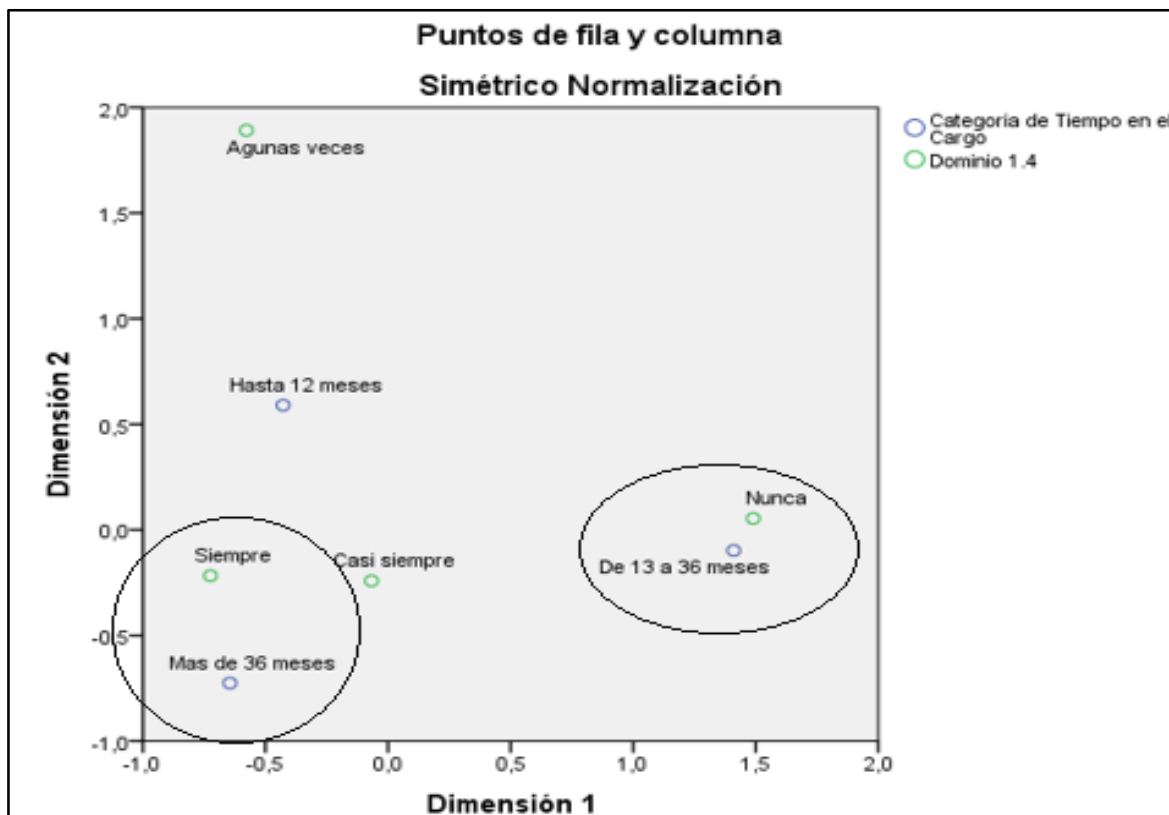
Gráfica 1 Mapa perceptual de la asociación entre la competencia 1.3 y tiempo en el cargo de los profesionales equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico 1 indica que, a mayor tiempo en el cargo, mayor es el cumplimiento de la competencia 1.3 que está relacionada con las 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.

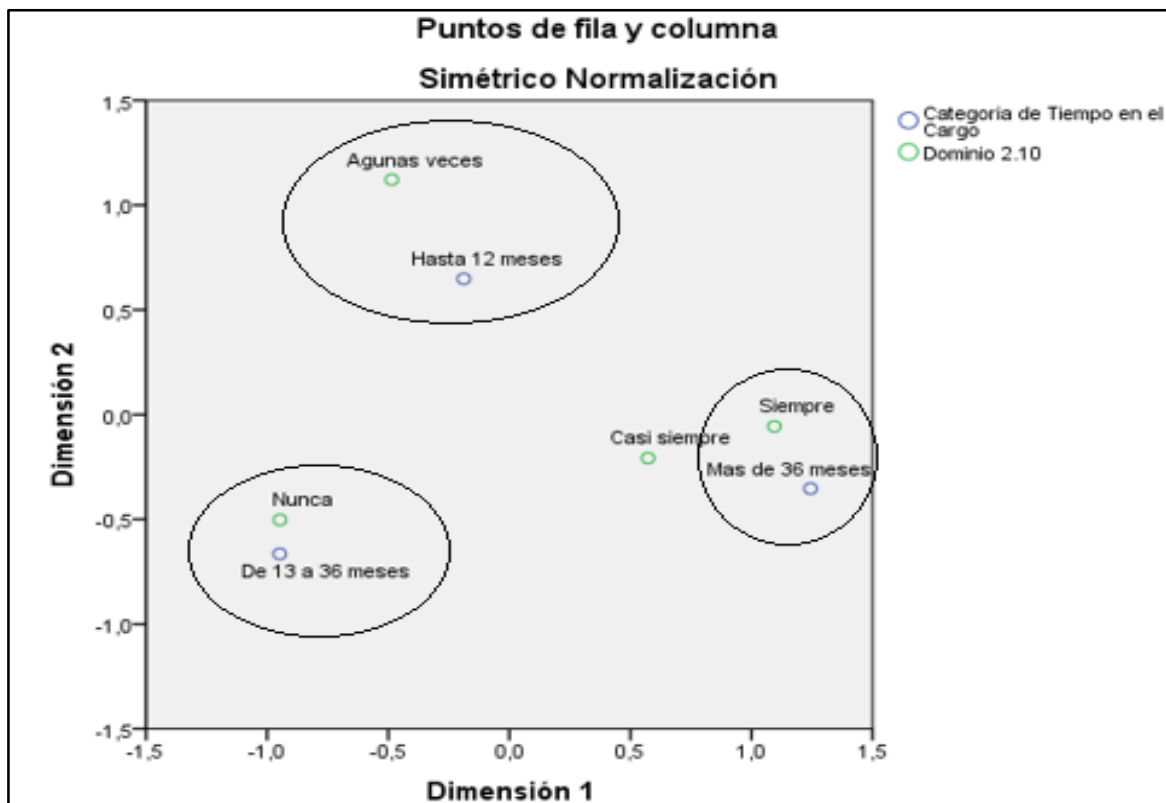
Gráfica 2 Relación lineal entre la competencia 1.4 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018.



Fuente: elaboración propia

n el dominio 1.4 entre mayor tiempo en el cargo medio no mayor es el cumplimiento de la competencia para la generación de 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.

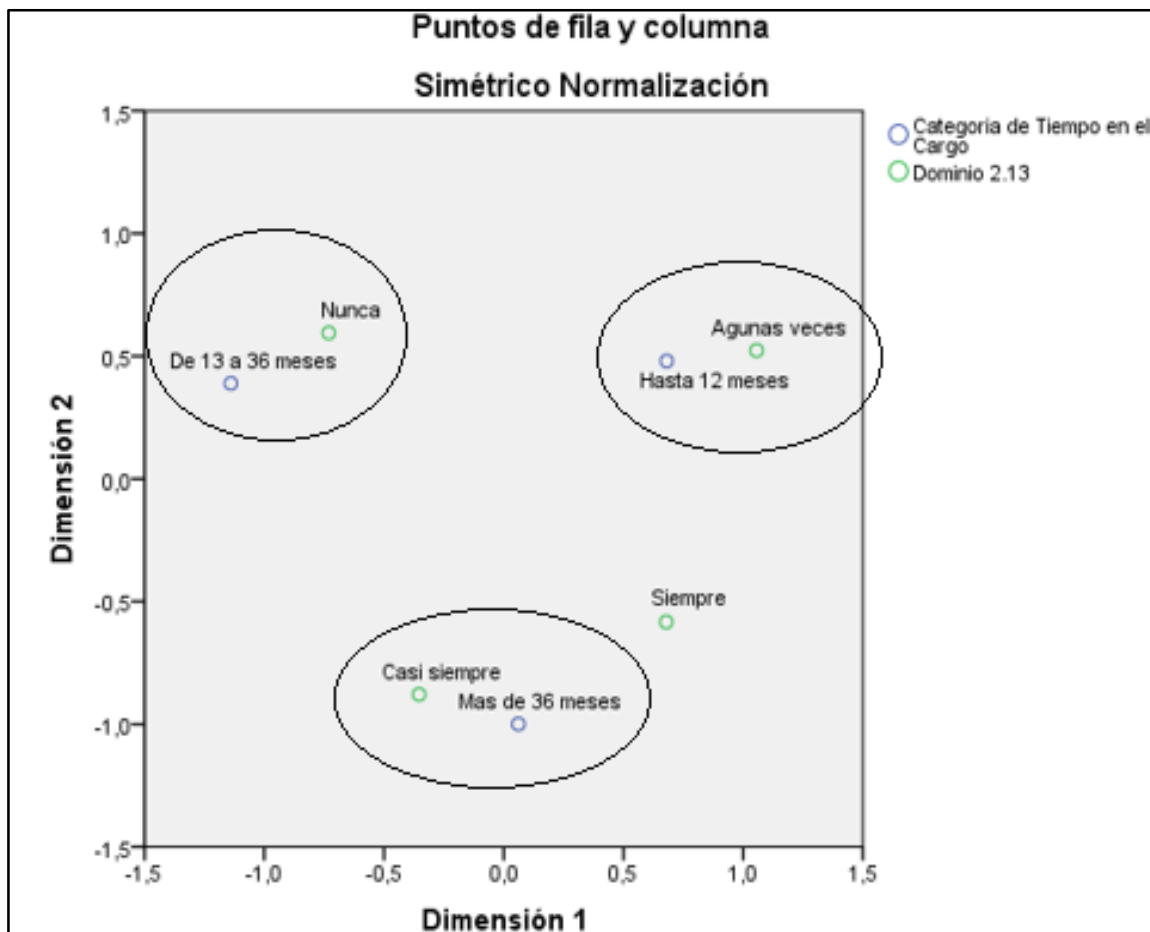
Gráfica 4 Relación lineal entre la competencia 2.10 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018



Fuente: Elaboración Propia

Los profesionales de salud pública en el Tolima a mayor tiempo en el cargo, mayor es el cumplimiento de elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.

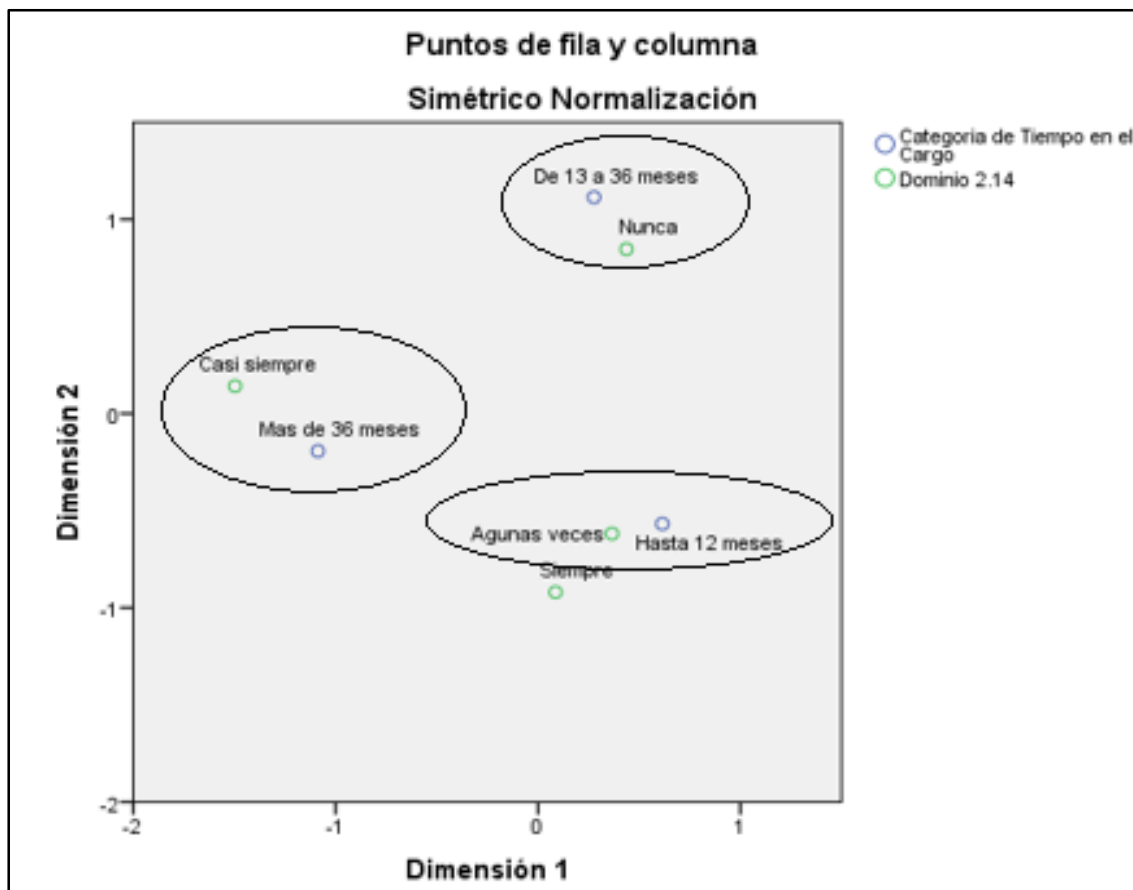
Gráfica 5. Relación lineal entre la competencia 2.13 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018.



Fuente: Elaboración Propia

se puede observar que ninguno de los profesionales tuvo relación con la categoría siempre. Por lo tanto, en la categoría no se cumple a cabalidad, con la competencia 2.13 que está relacionada con ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.

Gráfica 6. Relación lineal entre la competencia 2.14 y tiempo en el cargo, los profesionales que conforman el equipo de salud pública del Departamento del Tolima 2018



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico 6 los profesionales de la salud no cumplen con la competencia 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.

8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Diferentes factores han introducido cambios significativos en los perfiles profesionales en salud, buscando la forma de ampliar esta red de profesionales que cumplan con las competencias necesarias para afrontar diferentes situaciones como los cambios en las pirámides poblaciones y con ello las necesidades a las que se enfrenta, las enfermedades provenientes del deterioro medio ambiental, entre otras (60).

Los resultados en el estudio de correspondencia entre las funciones esenciales de salud pública y las competencias laborales de los profesionales que integran los equipos de Salud Pública del Departamento del Tolima, muestran que existe correspondencia con algunas competencias, esto asociado con el perfil profesional y los requerimientos necesarios para incluirlos dentro de cada equipo, lo cual se refiere con claridad por el ministerio de salud, donde muestra que la definición del perfil, el rol y las competencias es una labor de interpretación y síntesis grupal (53). No obstante, Carrillo (2019) habla de la no conformación de equipos multidisciplinarios como se concibe en la Política de Atención Integral en Salud, donde evidencia una gran participación de profesionales de enfermería, cosa que es semejante en el departamento del Tolima donde 7 de 26 participantes eran profesionales en esta área (44).

En cuanto a las características sociodemográficas identificadas en los profesionales que ejercen en el área de salud pública en el departamento del Tolima en su mayoría son de sexo femenino representadas en un 80.8 % y con una edad promedio de 37.5 años, con una desviación de la media de 12, esto se refiere además en un estudio realizado por la Superintendencia Nacional de Salud (53), donde resaltan que más del 65% corresponde a personas menores de 40 años y por cada hombre con formación en áreas de la salud hay 3,4 mujeres; el 42.3% de los profesionales no tienen especialización o un nivel superior de formación, entre tanto 15 de los profesionales alcanzaron un nivel superior, donde 14 realizaron especialización, el 11.4 % finalizaron la especialización de auditoría y garantía de la calidad de salud y uno finalizó estudios de maestría de Salud Pública, comparado con

el estudio de correspondencias en los equipos de salud pública del departamento de caldas, se observa que solo 2 profesionales tiene posgrado (7)

En la SSDT en el área de salud pública, los profesionales mayormente vinculados son afines al área de salud, evidenciando así el 68.98% de los profesionales que participaron en el estudio, lo cual se encuentra muy estrechamente relacionado con lo encontrado en el estudio realizado en el departamento del cauca don fue el 93,1% (8).

Dentro de los resultados encontrados se pudo identificar una tendencia en cuanto a la forma como los profesionales logran los contratos, es así como se pudo establecer que el 69.2% lo logran por una recomendación de un tercero y un 19.2%, lo hace a través de la participación en una convocatoria, por lo cual se podría decir que existen pocos procesos de convocatoria públicas, que permitan enriquecer los equipos de una forma más amplia, de acuerdo a urbano en un estudio de competencias en el Nordeste del magdalena medio, expone que existen pocos procesos de convocatoria pública (14).

Respecto al tiempo en el cargo, se observó que la persona con menor tiempo contratado es de dos meses y el que más tiempo tiene de duración en su contrato es de 36 meses, con un tiempo promedio menor de un año. Un poco en concordancia con la experiencia laboral general en donde el 26.9% afirma tener 12 meses de experiencia; el 11.5% tiene entre 24 y 60 meses de experiencia. Aspecto que tiene importancia en la gestión del recurso humano ya que la estabilidad laboral facilita la participación de los trabajadores en los diferentes programas y procesos al interior de las entidades de salud. Ya que cuando no se cuenta con estabilidad laboral se ve notablemente afectada, sobre todo las acciones asistenciales, este sistema comporta una serie de condiciones que afectan no solo al equilibrio emocional del personal así contratado, sino que además constituye un factor de ineficiencia administrativa para la institución (61).

Por otro lado, de acuerdo con un estudio realizado en el departamento de caldas se evidencia que los profesionales desempeñan en su mayoría (33,3%) funciones de tipo administrativas, seguido por funciones directivas (22,2%), operativas (11,1%) y

asistenciales (33,3%). La mayoría de los profesionales (77,8%) se encuentran desarrollando sus funciones mediante contrato de prestación de servicios, al igual que en los departamentos de Cauca y Caldas donde este tipo de contratación es la más empleada. (13,8).

Para las FESP el dominio 1 correspondiente a análisis de situación de salud, se observó que la mayoría de los profesionales refieren que siempre aplican cada uno de los dominios, sin embargo en el dominio 1.6 y 1.9 solo presentaron casi siempre como opción de respuesta, lo cual podrían evidenciar una buena aplicación de 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. En otro estudio de correspondencias se pudo evidenciar que profesionales enfermería, fonoaudiología, odontología y fisioterapia tuvieron correspondencia con la categoría siempre y casi siempre en cuatro de las competencias relacionadas con este dominio (8).

En el dominio 2 vigilancia y control de riesgos y daños, se evidencia notablemente un gran número de nunca respecto a las 2.1, 2.5, 2.8, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, se observa que más de la mitad de los dominios relacionadas en la competencia refieren no hacerlo “nunca”, lo cual puede afectar la FESP en cuanto 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, comparándolo con el estudio de caldas que donde se establece que se ameritan intervenciones inmediatas para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud (7).

Respecto a la competencia 3, promoción de la salud y participación social, se evidencia en su mayoría una correspondencia son “siempre” en realizar cada uno de los

dominios relacionados, 8 de los 10 dominios se cumplen a cabalidad por los profesionales que integran los equipos de salud pública del departamento del Tolima, confrontando lo anterior con los estudios de caldas y de magdalena medio, donde no se encontró asociación entre este dominio y las funciones realizadas por parte de los profesionales de salud (7,14).

En la FESP, el dominio 4, se evidencia que los profesionales están comprometidos con la generación de políticas, planes de salud y regulaciones, lo cual ayuda en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública, para la cooperación internacional y tiene además la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos, cotejando con el estudio de caldas se evidencio que hubo relación en la 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 (7).

En el dominio 5, equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos, se observa que la respuesta de la mayoría de los profesionales fue “siempre” y “casi siempre”, lo que indica que por parte de este equipo se garantizar el acceso a los servicios, con respecto a lo planteo por cauca, la competencia 5.8 se observó correspondencia entre los odontólogos y la categoría siempre, así mismo entre los fisioterapeutas y los fonoaudiólogos con casi siempre (8).

En el dominio 2, el cual se refiere a la ocurrencia de riesgos y daños para la salud, que sean pertinentes para su control efectivo en la población, las competencias 2.8, 2.10, 2.13 y 2.14 mostraron una asociación con el tiempo el cargo, donde a mayor tiempo mayor correspondencia, lo que se encuentra estrechamente relacionado con lo encontrado en el estudio realizado en la Dirección Territorial de Salud de Caldas donde se la variable funciones disciplinares muestra cercanía con las categorías de casi siempre y algunas veces lo que demuestra que la mayoría de profesionales cumplen con la competencia (7)

9 CONCLUSIÓN

Los resultados alcanzados en la investigación permitieron hacer una caracterización de los profesionales que integraban los equipos de salud pública en el Departamento del Tolima, para el 2018, encontrando aspectos relevantes como:

Respecto a las variables sociodemográficas: el talento humano vinculado a la Secretaria de Salud del Tolima en el año 2018, mayoritariamente está integrado por mujeres (80.8%), el promedio de edad es 37.5 años.

El 57.69% tiene formación de posgrado.

La experiencia de los equipos de salud pública no supera los 12 meses en el cargo.

a mayoría (69%) de los profesionales están contratados por prestación de servicio.

La formación del talento humano en salud muestra debilidades en conocimientos y estrategias para contribuir al acceso equitativo y con calidad a TODOS los servicios de salud

La continuidad y estabilidad en los cargos de los profesionales de la Secretaria de Salud de Tolima garantiza el mejor desempeño de salud pública, tal como se vio en los mapas perceptuales.

En referencia al dominio 1, la mayoría de los profesionales encuestados tuvieron correspondencia con la categoría siempre en cuanto a las competencias relacionadas con este dominio, en análisis de la relación de tiempo con este dominio se evidencio significancia para las competencias 1.3 y 1.4 donde se establecen prioridades en salud publica según las necesidades de la población y la evaluación de desempeño de servicios de salud.

Con base en base a lo encontrado en el dominio 2, en su competencia 2.8 donde se plantea la realización de investigación para explicar los riesgos y amenazas en salud, evaluando la respuesta social frente a los mismo, se tuvo significancia. Desde esta misma perspectiva se evidencio igual asociación entre la variable tiempo y las competencias 2.10, 2.13 y 2.14.

En la competencia 4.6, la cual hace referencia en 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, la mayoría de profesionales de la salud mostro correspondencia en la categoría de siempre.

En lo que se refiere al dominio 5, el cual establece la garantía del acceso a los servicios de salud sin ningún tipo de barreras, desde un enfoque multisectorial no se encontró ninguna significancia con respecto a sus 8 competencias.

inalmente, en el dominio 6 sola la competencia 6.3 la cual busca Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza trasnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas, muestra correspondencia con las funciones propias del cargo

10 RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo expuesto en este estudio se sugiere ampliar la congruencia entre las competencias esenciales en salud pública y en las diferentes áreas de conocimiento teniendo en cuenta sus perfiles profesionales, al igual que en niveles de educación superior como técnico profesional y tecnológico, teniendo en cuenta que algunas labores dentro de los equipos de salud pública implica la ejecución de asistencia técnica y trabajos operativos los cuales son ejercidos por personal formados en áreas afines y con formaciones como las ya mencionadas anteriormente; por lo cual se deben diseñar diferentes estrategias que permita el fortalecimiento en la secretaria de salud del Tolima, más precisamente en su equipo de salud pública, es por ello que deben ser efectuados exámenes aptitudinales que aporten una coherencia con la situación de salud del departamento, para lo cual es preciso conocer tanto la normatividad, la parte operativa y las características del territorio, para así ser calificados y contratados por sus conocimientos y capacidades; de igual forma y no menos importante las evaluaciones periódicas que indique avances favorables o por el contrario posibles retrocesos en las labores que desempeñan y con ello la influencia dentro del marco regional de las funciones en salud pública.

Es importante mencionar el déficit de educación superior en el Tolima, y aún más evidente en el sector de la salud, donde son algunas pocas universidades las que ofertan este tipo de formación, es por ello que desde las diferentes instituciones y la gobernación del Tolima se debe proveer en ofertar programas que contribuyan a las necesidades actuales del departamento y no solo quedarnos con soluciones para el momento sino definitivas, con esto se podrá fortalecer cada uno de los programas de formación y con ello la adquisición de habilidades y conocimientos para poder integrar los equipos de salud pública del departamento de forma idónea, permitiendo así una mirada multidisciplinar.

En concordancia, es indispensable acciones intersectoriales, donde participen las secretarías departamentales y locales de salud en diferentes cursos, seminarios, diplomados o posgrados con un enfoque y aproximación a las competencias esenciales en salud pública,

los anteriormente mencionados deben ser ofertados por parte de la academia, del ministerio de trabajo y de salud, para que tengan un enfoque desde la caracterización de cada población o localidad.

Es preciso que las instituciones de educación superior fomenten desde los diferentes programas de pregrado y posgrado en salud, habilidades para contribuir en el desarrollo de conocimientos, con una mirada crítica, donde se desenvuelvan en las diferentes habilidades y aptitudes, con respecto a los roles en los equipos de salud pública del departamento. Mejorar la calificación del talento humano en SALUD PÚBLICA.

11 REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Talento Humano en Salud. OTHS Colombia. Guía Metodológica. Serie Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud. [Online]. Bogotá D.C: ROSS Colombia; 2015 [cited 2020 enero 28. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20metodol%C3%B3gica%20para%20registros,%20observatorios,%20sistemas%20de%20seguimientos%20y%20salas%20situacionales%20nacionales%20en%20salud.pdf>.
2. OPS/OMS. 27a Conferencia Sanitaria Panamericana y 59a Sesión del Comité Regional. [Online].; 2007.
3. Rey A, Acosta N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. 2013; 12(25): p. 28–39.
4. Ortiz Monsalve LC, Cubides Zambrano JH, Restrepo Miranda DA. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. [Online].; 2007 [cited 2021 marzo 23. Available from: <http://observatorisp.org>.
6. García.A. 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. [Online].; 2018 [cited 2021 agosto 24.

7. Arcila D. Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública algunos profesionales que integran los equipos de salud pública del departamento de caldas 2018. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 28. Available from:
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/3710/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20equipo%20multidisciplinario%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20en%20una%20instituci%C3%B3n%20de%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20Valledupar%20durante%20el>.
8. Vidal R, González N, Muñoz D. Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales de enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, odontología, ingeniería de sistemas y medicina veterinaria, que integran el equipo de. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 29. Available from:
<http://repositorio.autonoma.edu.co/xmlui/handle/11182/1154?show=full>.
9. Organización Panamericana de la Salud OPS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco. Washington, D.C.; 2020.
10. Arroyave Buriticá MC, Giraldo Prieto ME, González Ramírez M. Modelo para la identificación de Competencias laborales y definición de criterios de desempeño en Salud pública de los profesionales de enfermería y medicina en el Departamento de Caldas, 2005-2006. Rev. Hacia la Promoción de la Salud. 2007;; p. 179-192.
11. Chávez BM, Arango A, Serna L, Zuleta A. Desempeño de las funciones esenciales de salud pública en tres municipios, Antioquia-Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2011; 29(3): p. 272-280.
12. Maya J, Blanco J. Administración de Servicios de Salud (Fundamentos de Salud Pública). Tercera ed.; 2006.
13. Cadavid PT. Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública del odontólogo y el trabajador social que integra los

- equipos de salud pública del departamento de Caldas 2017. [Online].; 2020.
Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/xmlui/handle/11182/1103>.
14. Urbano J. Correspondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública del médico veterinario, el psicólogo y el gerente en sistemas de información en salud en los equipos de salud pública de los municipios de las subregiones nordeste y m. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 10. Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/handle/11182/710>.
 15. Constitución política de Colombia. Art. 49, 20 de julio de 1991. ; 1991.
 16. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria No.1751.16 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Online].; 2015.
Available from: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col145154.pdf>.
 17. Ministerio de salud y protección social. MINSalud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
 18. Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. [Online].; 2018 [cited 2021 septiembre 12. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>.
 19. Gobernación de Tolima. Tolima en cifras 2018, Soluciones que transforman. [Online].; 2018. Available from: [file:///C:/Users/Nani%20Ceron/Downloads/tolima%20en%20cifras%202018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Nani%20Ceron/Downloads/tolima%20en%20cifras%202018%20(2).pdf).
 20. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 528, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan. [Online].; 1999. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/articles-105013_archivo_pdf.pdf.

21. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1751. [Online].; 2015 [cited 2021 marzo 28]. Available from:
<https://www.google.com/search?q=Ley+1751+de+2015&oq=Ley+1751+de+2015&aqs=c hrome.69i57j69i60j0l4.446j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
22. Congreso de la República. Ley 1090, Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [Online].; 2006. Available from:
<http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>.
23. Congreso de la República. Ley 266 de 1996, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras. [Online].; 1966.
24. Soto Fuentes P, Reynaldos Grandón K, Martínez Santana D, Jerez Yáñez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Rev. Aquichan*. 2014; 14(1): p. 79-99.
25. Arrivillaga Quintero M. Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Rev. Pontificia Universidad Javeriana*. 2008 enero - abril; 8(1): p. 137-148.
26. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.a Sesión del Comité Regional. [Online].; 2007 [cited 2021 abril 13]. Available from:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=754:2007-27th-pan-american-sanitary-conference-59th-session-regionalcommittee&Itemid=2105&lang=es.
27. Resolución 2626 de 2019. Ministerio de Salud y protección Social, por la cual se modifica la política de Atención Integral en salud - país y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. [Online].; 2019 [cited 2021 abril 2].
28. De Vos P, Van der P. Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*. 2013; 30(2): p. 288-296.

29. Agudelo C, García J, Martínez R, Caicedo C. aracterización del talento humano del sector salud en Colombia- informe final. [Online].; 2013 [cited 2021 abril 21]. Available from: <https://repositorio.sena.edu.co/bitstream/11404/2157/1/3092.pdf>.
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfiles y competencias profesionales en salud, Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades. [Online].; 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>.
31. Godue C, Rabionet S, Concha J, Vázquez M, Gómez R, Mujica O, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(1): p. 47–53.
32. Benavides F, Moya C, De la Puente M, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Rev. Gaceta Sanitaria*. 2006 may - jun; 20(3): p. 239-243.
33. Sandoval F, Montaña N, Miguel V, Ramos E. Gestión de perfiles de cargos laborales basados en competencia. *Rev. Venezolana de Gerencia*. 2012; 17(60): p. 675.
34. Vargas F. Competencias clave y aprendizaje permanente: tres miradas a su desarrollo en América Latina y el Caribe. [Online].; 2003 [cited 2021 abril 12]. Available from: https://www.oitinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/vargas.pdf.
35. MINSALUD. Perfiles y competencias profesionales en salud, Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidad. [Online].; 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>.

36. Ministerio de Educación de Colombia. Competencias laborales: base para mejorar la empleabilidad de las personas. Documento de trabajo. [Online].; 2003. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85777_archivo_pdf2.pdf.
37. Preciado AC. Modelo de evaluación de competencias laborales SA PCO, editor. México: Universidad Panamericana; 2006.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente. [Online].; 2016 [cited 2021 marzo 15. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
39. Minsalud. Rutas integrales de atención en salud - RIAS. [Online].; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>.
40. Minsalud. ABECÉ Modelo de Acción Integral Territorial MAITE. [Online].; 2020. Available from:
<http://maite.minsalud.gov.co/Documentos%20compartidos/ABECE-MAITE.pdf>.
41. Resolución 2626. Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el modelo de Acción Integral Territorial MAITE. [Online].; 2019 [cited 2021 septiembre 8. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf.
42. Guevara E. Lo que hacen los técnicos en salud pública en las instituciones prestadoras de servicios de salud Cali 2019. [Online].; 2019 [cited 2021 septiembre 5. Available from: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/15067?locale-attribute=en>.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social.. [Online].; 2016 [cited 2021

septiembre 5. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

44. Carrillo C. Evaluación del equipo multidisciplinario de atención primaria en salud en una institución de primer nivel de atención en Valledupar durante el 2017 - 2018. [Online].; 2019 [cited 2021 septiembre 3 [Tesis maestría]. Available from: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/3710/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20equipo%20multidisciplinario%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20en%20una%20instituci%C3%B3n%20de%20primer%20nivel%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20Valledupar%20durante%20el>.
45. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. [Online].; 2000. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7294/cd42_15-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
46. Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. [Online].; 2013. Available from: <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>.
47. Organización Mundial de La Salud y Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pública. ; 2002. Report No.: ISBN 9275315892.
48. López CI, Castro NQ, Salazar JE, Benavides JPR, Rivas DC, Buriticá MC. Competencias para el desempeño de las funciones esenciales en salud pública. Rev. Colombiana de Investigación en Odontología. 2010;; p. 213-219.
49. Jaramillo C, Ariza J. Propuesta de competencias laborales para la gestión en salud. [Online].; 2017 [cited 2021 abril 25. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/competencias-laborales-gestion-salud.pdf>.

50. Gómez VA, Franco JA, Mina EP. Perfil profesional y ocupacional de los fisioterapeutas en Colombia. Rev.CES Movimiento y Salud. 2015; 3(1): p. 35-43.
51. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. [Online]. Available from: www.dane.gov.co/.
52. Unidad de salud de Ibagué E.S.E. Contexto territorial y caracterización de la población del área de influencia y grupos de interés de la E.S.E Ibagué. [Online].; 2019. Available from: <https://usiese.gov.co/old/files/Informes/2019/CARACTERIZACION%20DE%20LA%20POBLACION%20DE%20INFLUENCIA%20Y%20GRUPOS%20DE%20INTERES%20DE%20LA%20E.S.E%20IBAGUE.pdf>.
53. Dirección de Epidemiología y Demografía y Grupo Planeación en Salud Pública, ASIS. Análisis de Situación de Salud de Tolima. [Online].; 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/as-is-resumen-tolima-20161006.pdf>.
54. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. [Online].; 1990 [cited 2021 agosto 29]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf.
55. Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otr. [Online].; 2001 [cited 2021 agosto 31].
56. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2017. [Online].; 2017 [cited 2021 agosto 25]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.
57. Minsalud. ABC del plan decenal de salud pública 2012 -2021. [Online]. Available from:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf.

58. Mosquera Y, Salazar FA. Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila. Rev. Textos y sentidos. 2016 enero-junio;(13).
59. MinSalud. Artículo 11 de la resolución número 8430 de 1993. [Online]. [cited 2020 Octubre 25. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESO L>.
60. Zurro A, Jodar G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. [Online].; 2011 [cited 2021 abril 23. Available from:
https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf.
61. Muñoz A, Castro E. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: entre ideal e irreal. Rev. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2010 octubre- diciembre; 56(221): p. 288-305.

12 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-16
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL FORMATO : 04/JUN/2015

Anexo 1

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

Título de la investigación:

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia, 2016.

Yondó 31 de julio de 2017

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

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.

Firma

HUELLA

Documento de Identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho: _____

Anexo 2. Resumen

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-16
		VERSIÓN: 1
		FECHA ELABORACIÓN DEL FORMATO : 04/JUN/2015

HOJA 2

RESUMEN

TITULO

Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia, 2016.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública en los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia, 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia.
- Identificar las competencias laborales que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia.
- Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen los profesionales que integran los equipos de salud pública en tres departamentos de Colombia.

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 3. Cuestionario sociodemográfico



CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN SEIS DEPARTAMENTOS DE COLOMBIA, 2016

Fecha:		Territorio:		Entidad (indicar opciones con su respectiva numeración)	
Código:		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> 1. Pregrado <input type="checkbox"/> 2. Especialización <input type="checkbox"/> 3. Maestría <input type="checkbox"/> 4. Doctorado		Nombre del pregrado: Nombre del postgrado:		Fecha (año) del último título obtenido:	
Tiempo de experiencia en el sector salud: (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: \$ _____	
Razones de su contratación:					
Principales funciones que desempeña en ese cargo:		Sus funciones son: <input type="checkbox"/> 1. Disciplinares <input type="checkbox"/> 2. Multidisciplinares <input type="checkbox"/> 3. Ambas			
Qué otras profesiones o disciplinas integran el equipo					

Anexo 4. 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 indiquen qué tanto ejerce cada competencia.

Código	COMPETENCIAS					
	DOMINIO 1: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD. Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No lo se
1.1	Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.					
1.2	Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.					
1.3	Establecer prioridades de salud pública para responder a las					