



**CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y COMPETENCIAS
ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DEL ODONTOLOGO Y EL TRABAJADOR
SOCIAL QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL
DEPARTAMENTO DE CALDAS 2017.**

PAULA TATIANA CADAVID NARANJO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2020**

**CORRESPONDENCIA ENTRE COMPETENCIAS LABORALES Y COMPETENCIAS
ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DEL ODONTOLOGO Y EL TRABAJADOR
SOCIAL QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA DEL
DEPARTAMENTO DE CALDAS 2017.**

Autora

PAULA TATIANA CADAVID NARANJO

Trabajo de investigación para optar al título de magister en salud pública

Director de trabajo de grado

TATIANA GONZALEZ PEREZ. Odont, MSc.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2020

RESUMEN

Objetivo: Identificar la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en Salud Pública que desempeñan el odontólogo y el trabajador social del departamento de Caldas 2017. Contempló referentes conceptuales empleando características sociodemográficas, indicadores de salud, talento humano, competencias esenciales en salud pública, perfiles profesionales del odontólogo y el trabajador social y el marco normativo vigente.

Metodología: estudio descriptivo transversal con datos cualitativos y cuantitativos, población objeto conformada por profesionales que integraban los equipos de salud pública. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. se desarrollaron tablas cruzadas para establecer asociación entre las variables sexo, profesión y tiempo en el cargo y en los casos en que se presentó asociación se realizó análisis de correspondencia simple a través de mapas perceptuales los cuales permitieron identificar que categorías de las variables asociadas se corresponden. Uso de paquete estadístico SPSS V23 con un margen de confianza del 95% para variables cuantitativas. **Resultados:** El 33,3% de los profesionales desempeñan funciones de tipo administrativas, el 22,2% funciones directivas, el 11,1% operativas y el 33,3% asistenciales. Las competencias de análisis de situación de salud, no mostraron correspondencia con las variables profesión, funciones y tiempo en el cargo, el dominio 2 de vigilancia y control de riesgos y daños evidenció asociación con la variable profesión, el dominio 3 promoción de la salud y participación social, no mostró asociación entre las competencias y las variables profesión, tiempo y funciones, el dominio 4 políticas, planificación, regulación y control, mostró correspondencia únicamente para la competencia 4.3, mientras el dominio 5 equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos, mostró correspondencia entre la competencia 5.8 y la variable tiempo en el cargo, el dominio 6 salud internacional y salud global, evidenció correspondencia entre las competencias 6.1 y 6.2 y la variable tiempo en el cargo. **Conclusiones:** Existe asociación entre la mayoría de las competencias y las variables profesión y funciones, no se observó correspondencia estadística entre las competencias del dominio 1 y 3, referentes a análisis de situación de salud y promoción de la salud y participación social respectivamente, con las variables profesión, funciones y tiempo en el cargo.

Palabras Claves: Recursos Humanos en salud, Personal de Salud, Odontología, trabajo social en salud.

ABSTRACT

Objective: Identify the correspondence between labor competencies and essential competences in Public Health performed by the dentist and the social worker of the department of Caldas 2017. He contemplated conceptual references using sociodemographic characteristics, health indicators, and human talent, essential health competencies public, professional profiles of the dentist and social worker and the current regulatory framework. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study with qualitative and quantitative data, target population made up of professionals who were part of public health teams. Non-probabilistic sampling, for convenience. Crossed tables were developed to establish an association between the variables sex, profession and time in the position and in the cases in which association was presented; simple correspondence analysis was carried out through perceptual maps, which allowed identifying which categories of the associated variables correspond. Use of statistical package SPSS V23 with a confidence margin of 95% for quantitative variables. **Results:** 33.3% of professionals perform administrative functions, 22.2% directive functions, 11.1% operational and 33.3% assistance. The health situation analysis competencies did not show correspondence with the variables profession, functions and time in office, domain 2 of surveillance and control of risks and damages evidenced association with the variable profession, domain 3 health promotion and social participation, showed no association between competencies and the variables profession, time and functions, domain 4 policies, planning, regulation and control, showed correspondence only for competence 4.3, while domain 5 equity in access, and quality in the individual and collective services, showed correspondence between competence 5.8 and the variable time in office, domain 6 international health and global health, evidenced correspondence between competences 6.1 and 6.2 and the variable time in office. **Conclusions:** There is an association between most of the competences and the variables profession and functions, no statistical correspondence was observed between the competences of domain 1 and 3, referring to health situation analysis and health promotion and social participation respectively, with the profession variables, functions and time in office.

Key words: Human Resources in Health, Health Personnel, Dentistry, social work in health.

CONTENIDO

Pág.

1	ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN...	12
1.1	ANTECEDENTES	13
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2	JUSTIFICACIÓN.....	18
3	TÓPICOS DEL REFERENTE TEÓRICO	19
3.1	CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS.....	21
3.1.1	Contexto Demográfico	24
3.1.2	Análisis De Mortalidad	29
3.1.3	Análisis De Mortalidad General Por Grandes Causas	29
3.2	COMPETENCIAS LABORALES.....	32
3.2.1	Perfil Odontólogo Y Trabajador Social	33
3.2.2	Reseña Histórica De La Formación Profesional Del Odontologo En Colombia	33
3.2.3	Perfil Profesional Del Odontólogo.....	36
3.2.4	Tipos De Competencias Ocupacionales En Odontología	37
3.3	RESEÑA HISTÓRICA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN COLOMBIA.....	38
3.3.1	Competencias Laborales Del Trabajador Social	39
3.3.2	Objeto De Estudio Del Trabajador Social.....	40
3.3.3	Perfil Ocupacional De Los Trabajadores Sociales	42
3.4	COMPETENCIAS LABORALES EN SALUD PÚBLICA	43
3.4.1	Competencias Esenciales En Salud Pública.....	46
3.4.2	Funciones Esenciales De La Salud Pública, FESP	49
3.4.3	Marco Regional De Competencias Esenciales En Salud Pública, MRCESP	51
3.4.4	Normatividad Vigente (Talento Humano En Salud).....	53
3.5	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SU DESARROLLO EN COLOMBIA	55

3.6	PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	56
4	OBJETIVOS.....	58
4.1	OBJETIVO GENERAL	58
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
5	METODOLOGIA	59
5.1	PROCEDIMIENTO.....	61
5.2	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	61
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	62
6	RESULTADOS.....	63
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES Y ACTIVIDADES LABORALES	63
6.2	CESP QUE EJERCE EL GRUPO DE PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL, DE ACUERDO CON EL MRCEP PROPUESTO POR LA OPS	66
6.2.1	Desempeño De Competencias Que Ejercen Los Odontólogos Del Equipo De Salud Pública Del Departamento De Caldas.....	66
6.2.2	Desempeño De Competencias Que Ejercen Los Trabajadores Sociales Del Equipo De Salud Pública Del Departamento De Caldas.....	72
6.3	ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA	76
7	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	85
8	CONCLUSIONES	88
9	RECOMENDACIONES	90
10	BIBLIOGRAFIA.....	91

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Subregiones del departamento de Caldas.....	23
Tabla 2. Población por área de residencia departamento de Caldas, 2012.	24
Tabla 3. Pirámide poblacional del departamento de Caldas años, 2005, 2013 y 2020	26
Tabla 4. Comportamiento de los casos de transmisión materno-infantil del VIH. Colombia, 2008-2011.....	31
Tabla 5. Programas de Odontología vigentes en el país, inscritos en el Ministerio de Educación y con el número de odontólogos egresados por año, desde el 2001 al 2014.....	35
Tabla 6. Instituciones Educativas Superiores con programas de Especialización vigentes en el país.	35
Tabla 7. Egresados de las distintas Universidades con programas de Maestría en Salud Publica, con el número de egresados por año entre el 2001y el 2014.....	36
Tabla 8. Universidades que ofrecen Trabajo Social en Colombia	40
Tabla 9. Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015.....	48
Tabla 10. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	59
Tabla 11. Procedencia de los participantes.	63
Tabla 12. Formación académica y escolaridad	64
Tabla 13. Formación académica por nivel de posgrado.....	64
Tabla 14. Formación de pregrado y tipo de funciones.	65
Tabla 15. Tipo de Funciones desarrolladas por los equipos de salud pública.....	65
Tabla 16. Tipo de Funciones desarrolladas por los equipos de salud pública.....	66
Tabla 17. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 1 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	67
Tabla 18. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 2 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	68
Tabla 19. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 3 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	69
Tabla 20. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 4 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	69

Tabla 21. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 5 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	70
Tabla 22. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 6 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.....	71
Tabla 23. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 1 por los Trabajadores Sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	72
Tabla 24. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 2 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	73
Tabla 25. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 3 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	74
Tabla 26. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 4 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	74
Tabla 27. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 5 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	75
Tabla 28. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 6 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.	76
Tabla 29. Dominio 2. Vigilancia y control de riesgos y daños	77
Tabla 30. Dominio 4. Políticas, planificación, regulación y control.....	78
Tabla 31. Dominio 5. Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos	78
Tabla 32. Dominio 6. Salud internacional y salud global	79

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1. Ubicación geográfica del departamento de Caldas.....	22
Ilustración 2. Mortalidad según nivel educativo. Colombia 2005-2014	28
Ilustración 3. Mortalidad según régimen de afiliación. Colombia, 2005-2014	29
Ilustración 4. Tasas ajustadas de mortalidad por edad en hombres según grandes causas. Colombia, 2005-2014.....	30
Ilustración 5. Paso de las Funciones Esenciales en salud pública a los dominios en competencias esenciales de recurso humano	53
Ilustración 6. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.11 y tiempo en el cargo .	80
Ilustración 7. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.12 y tiempo en el cargo .	80
Ilustración 8. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.14 y tiempo en el cargo .	81
Ilustración 9. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 4.3 y funciones.....	82
Ilustración 10. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 5.8 y tiempo en el cargo .	82
Ilustración 11. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 6.1 y funciones.....	83
Ilustración 12. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 6.2 y funciones.....	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	101
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico.....	103
Anexo 3. Instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los profesionales que participan en este estudio.....	104
Anexo 4. Carta de solicitud de información	110

INTRODUCCIÓN

El presente estudio muestra la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública que tienen el odontólogo y el trabajador social en los equipos de salud pública del departamento de Caldas para el año 2017. Posteriormente se describen las características sociodemográficas y relaciones entre el perfil de los profesionales y las funciones esenciales de la salud pública que desempeña cada uno en su ámbito laboral.

Para el análisis de la información obtenida se empleó estadística descriptiva para analizar las características sociales, demográficas y laborales de los participantes, y las puntuaciones resultantes de la evaluación de las competencias esenciales en salud pública- CESP; Medidas de asociación entre variables de tipo laboral y las CESP.

Este estudio permite sugerir eventualmente modificaciones y ajustes en cuanto a aspectos curriculares a las instituciones educativas en los diferentes programas académicos (odontología y trabajo social) que se encuentran en estrecha relación con el ejercicio de la salud pública, además brinda una herramienta práctica de soporte técnico a las entidades de salud al momento de especificar los requerimientos y fundamentos mínimos que deberán tener los profesionales durante los procesos de selección de personal.

1 ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El objeto de conocimiento de la salud pública no es fácil de delimitar por su complejidad, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, lo cual se ve reflejado en la variedad de perfiles profesionales que se identifican entre las personas que conforman los equipos de salud pública en los territorios departamentales y municipales en Colombia.

Dada esta diversidad, resulta pertinente indagar por las competencias en salud pública que deben desarrollar los profesionales de la salud y profesionales de otras áreas que recientemente han incursionado en este campo laboral. La OPS establece que las competencias para un adecuado desempeño de los integrantes de los equipos de atención primaria en salud, APS, implican que estos tengan conocimientos (saber) para entender y ejecutar una labor, habilidad para poner en práctica los conocimientos en una problemática o actividad específica (saber hacer), estar motivados y tener actitud (querer hacer) y, finalmente, disponer de los medios y recursos necesarios (poder hacer) (1).

En el plan decenal de salud pública de Colombia, PDSP, 2012-2021, (2), se concibe la 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 un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida. Entendida así, esta concepción muestra que la salud resulta de las redes de relaciones que se establecen entre factores diversos que comprometen distintos campos de conocimiento, distintos sectores de la sociedad y acciones tanto individuales como colectivas, situación que hace comprensible que en la actualidad los equipos de talento o recurso humano que se ocupan de la salud pública provengan de formaciones profesionales de las ciencias básicas biológicas, humanas y sociales y que todos tengan aportes relevantes y pertinentes en la gestión y práctica de la salud pública.

Esta diversidad de agentes integrando los equipos de salud pública en los territorios, es tanto, una potencialidad, como una debilidad para la mejor práctica de la salud pública. Si bien es necesaria la diversidad y la complejidad en la comprensión y abordaje de la situación de salud pública de los territorios, no es menos cierto que muchos de los profesionales llegan a hacer parte de estos equipos sin las competencias básicas necesarias para desempeñarse con éxito. Es decir, que no

siempre se cuenta con los conocimientos, las habilidades y destrezas y la actitud favorable hacia la salud pública.

1.1 ANTECEDENTES

Las evidencias empíricas en los territorios han mostrado la presencia de profesionales en campos tan diversos como medicina, enfermería, bacteriología, veterinaria, antropología, psicología, fisioterapia, fonoaudiología, comunicación social, ingenierías entre otros. En la búsqueda de evidencias científicas son pocas las encontradas acerca del quehacer de profesionales de las ciencias humanas, sociales e ingenierías en el campo de la salud pública.

Arroyave, Giraldo, y González (3) corroboraron lo dicho por la OPS en cuanto al escaso desarrollo que presentan los países de América Latina respecto a las competencias en salud, relacionado esto con la falta de estudios de caracterización de la fuerza de trabajo y la identificación de las competencias necesarias para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública y el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios. Colombia ha presentado grandes cambios en educación durante las últimas décadas y estos cambios agregaron nuevos roles a los profesionales de la salud y orientaron las más recientes reformas curriculares de los diversos programas de formación.

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

En los últimos años se ha observado un consenso mundial en torno a la necesidad de una agenda de recurso humano en salud- RHS asociada a la identificación de una crisis en estos recursos y un sentido creciente respecto a la urgencia de realizar esfuerzos colectivos en procura de mejorar el desempeño de los sistemas de salud, que permitan una óptima relación entre la oferta y el mercado de trabajo en relación a la gestión del talento humano (4).

Agudelo, et al. (5) presenta en la Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia el panorama más completo y actualizado en el tema. Éste trabajo utilizó la metodología SENA basada en los entornos organizacional, ocupacional, educativo, tecnológico, económico, y

ambiental, así como metodologías cuantitativas y cualitativas, como encuestas, entrevistas, revisión documental, y prospectiva.

En el departamento de Caldas se caracterizaron y definieron las competencias laborales y los criterios de desempeño en salud pública de los profesionales de Enfermería y Medicina, estudio que 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 y gerencia de la atención médica, y las relacionadas con comportamientos y actitudes (motivación, creatividad, cautela, trabajo en red, autoestima, comprensión y liderazgo), se asignó una escala de valor a cada una de las FESP definidas por la OPS, para lo cual se construyó un instrumento que identifica funciones y conductas asociadas e incluye una escala numérica de 0 a 5 correspondiente a las opciones de respuesta nunca, casi nunca, pocas veces, algunas veces, casi siempre, y siempre. La sumatoria de cada una de las funciones permitió identificar el logro de las competencias de acuerdo a si éstas eran: muy alto, alto, medio alto, medio, medio bajo, bajo y nulo (3).

En el departamento de Huila (6) se realizó un estudio similar a este con el propósito de caracterizar la actividad ocupacional del profesional en psicología que ejerce en el área de la salud pública en este departamento. Los resultados encontrados muestran la identificación de 59 actividades laborales que realiza el psicólogo que ejerce en el área de la salud pública, algunas características laborales de los participantes que agruparon en cinco dominios así: a) Intervención, b) Vigilancia y control, c) Promoción de la salud, d) Técnico y administrativo, e) Interinstitucional/intersectorial, f) y las competencias esenciales en salud pública, CESP, de estos profesionales en el desarrollo de su actividad laboral, de acuerdo con en el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, MRCESP, (6) propuesto por la OPS.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas, su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas (7) Por ello, en algunos contextos se ha hablado de salud comunitaria, odontología comunitaria, odontología sanitaria y odontología social. En cuanto al odontólogo, este hoy día no solo es formado en el área de conocimiento específico a nivel de

salud bucal para ejercer su labor de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sino que además en la academia e instituciones de educación superior, recibe una formación integral, que incluye la identificación de aspectos psicosociales en sus pacientes que puedan constituir un riesgo para la salud, bajo un carácter más humanístico mediante la comprensión holística de la enfermedad, prestando atención no sólo a los dientes sino a un paciente con dientes, que tiene necesidades en sus diferentes dimensiones a nivel personal, familiar y social (8).

En las Américas y el Caribe cobra importancia el desarrollar la salud bucal pensada colectivamente, lo que permite hacer una reflexión respecto al propósito de la salud colectiva para transformar la acción en un quehacer profundamente comprometido con la salud de las poblaciones (7).

La odontología ha tenido un abordaje tradicional en donde los conocimientos y prácticas se encontraban centrados en el cuidado estético y básicamente en una concepción de lo dental como sinónimo de salud bucal. Sin embargo, en los últimos años se ha sugerido un cambio de paradigma toda vez que se debe incidir en aspectos de promoción de la salud.

Actualmente se considera que la odontología se encuentra en crisis, pero con inmensas oportunidades. Los odontólogos en el desempeño profesional han sido ajenos al enfoque de la salud pública, primando lo curativo y asistencial sobre la promoción de la salud (9).

De acuerdo con Eaton (10) se requiere tener un mayor número de odontólogos con formación y conocimientos en salud pública. El sector académico y gremial de la odontología debe reaccionar a las reformas que el sector de la salud viene generando y adaptar las cátedras de franja social y comunitaria, para que los odontólogos puedan hacer parte de los equipos básicos de salud a nivel nacional. Cátedras como la de atención primaria en salud y salud familiar, son de nuevo indispensables, así como educar a los nuevos profesionales para trabajar en equipos multidisciplinarios, con médicos, sociólogos, maestros, líderes comunitarios, enfermeros y nutricionistas, para promover en la población el autocuidado y los estilos de vida saludables.

Otras profesiones con historia en el campo de la salud pública corresponden a trabajo social, dado que ésta se ha encargado de la atención social de los usuarios de los servicios de salud y sus familias en las instituciones de salud.

El campo de la salud es uno de los sectores más antiguos y de mayor intervención del profesional en Trabajo Social; según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de estos de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente con la salud de la población y tal es así que en América Latina sigue siendo la profesión con mayor número de actores que se encargan de la reinserción de enfermos, atención de las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios y sobre todo, la educación sanitaria y Salud Pública dentro de los programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva (11).

Dentro del contexto histórico el trabajo social sanitario debe su origen al Dr. Richard Clarke Cabot quien en 1905 creó la primera prestación social en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston. Para ello contó con la colaboración de una trabajadora social pionera en el desarrollo de su labor en el campo de la sanidad, lo que revela que estos dos profesionales deben realizar un trabajo en equipo multi e interdisciplinario, cada uno en su campo, pero a la vez con un mismo objetivo, que es el bienestar integral de las personas más vulnerables (11).

De acuerdo con Davó (12) los trabajadores sociales Los trabajadores sociales son parte integral de los equipos interdisciplinarios de salud pública. Su finalidad es mejorar la salud y el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades en situación de desigualdad social. Estos profesionales trabajan en una gran variedad de entornos, como escuelas, hospitales, unidades de salud, servicios sociales de ayuntamientos, organismos autónomos y otras instituciones que desarrollan programas diseñados para mejorar el bienestar social y la calidad de vida.

El trabajo social en el campo del sistema de salud colombiano, percibe la salud y la enfermedad como hechos sociales particulares y colectivos que en algunas ocasiones superan la concepción biológica, trascendiendo más allá de las meras ciencias médicas, es decir el trabajador social

percible la salud desde la intervención en los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Desde esta perspectiva el trabajador social plantea un tratamiento más desde las problemáticas sociales que inciden en el proceso salud- enfermedad con miras al mantenimiento de la salud individual y colectiva (13).

El principal objeto de acción del trabajador social se enmarca en la capacidad de investigar la causalidad de enfermedades por determinantes sociales, puesto que la falta de salud es vivida de manera diferente por los individuos, dependiendo del ciclo vital en el que se encuentren.

De otro lado la ley 1438 de 2011 (9) que reforma el sistema general de seguridad social en salud, SGSSS, indica acerca de la necesaria reorientación de los servicios de salud hacia la atención primaria en salud, APS, en todos los niveles de prevención. Para que esto se lleve a cabo también es necesario contar con recurso humano con altas capacidades resolutivas que les permitan conocer la situación de salud de las poblaciones en sus territorios, diseñar intervenciones en salud pública, gestionar la salud pública y participar en procesos de gestión del conocimiento para producir nuevos conocimientos útiles a la transformación de la situación de salud.

La reorientación de los servicios de salud hacia la APS, es un propósito global de la OMS / OPS, y para facilitar este proceso se crea el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud es una iniciativa de diferentes sectores entre los países de la Región de las Américas. Los colaboradores del Observatorio producen información y evidencia para informar las decisiones de políticas y mejorar los sistemas de salud por medio del desarrollo de sus recursos humanos en salud. El nombre "Observatorio" no debe ser entendido como un lugar o un estado pasivo de observación, pero más bien es una reunión de socios, interesados directos y gobiernos alrededor de una investigación sólida, experiencias compartidas, transferencia de conocimientos, y abogacía.

A partir de las anteriores consideraciones surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la orrespondencia entre competencias laborales y competencias esenciales en salud pública del odontologo y el trabajador social que integran el equipo de salud pública del departamento de Caldas 2017?

2 JUSTIFICACIÓN

Existen pocos referentes teóricos y académicos en el país respecto al rol de las diferentes profesiones que integran los equipos de salud pública, lo que hace del presente estudio un aspecto pertinente para los procesos de planeación y estructuración de las competencias de los profesionales que hacen parte de los equipos de salud pública en los territorios.

La presente investigación permitirá desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Un estudio realizado en España (12) muestra que profesiones como medicina, farmacia, enfermería, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, veterinaria, trabajo social, ciencias laborales y recursos humanos, magisterio y ciencias ambientales, se encuentran vinculadas a la práctica de la salud pública con funciones diferentes y que los profesionales tienen competencias generales, comunes a todos y específicas propias de cada profesión.

Se espera que los resultados obtenidos con esta investigación sean un aporte a los tomadores de decisiones en cuanto a la optimización del talento humano en salud, la cualificación de los puestos de trabajo con sus manuales de funciones y un mejor desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, todo esto orientado a contribuir a mejorar y garantizar el bienestar de las poblaciones en sus territorios.

Igualmente, este proyecto cumple con los criterios de viabilidad y factibilidad, considerando la capacidad técnica y científica del grupo de investigación en salud pública de la Universidad autónoma de Manizales y la capacidad financiera de los investigadores, profesores y estudiantes de maestría, toda vez que el cubrimiento de los costos que la investigación genera son asumidos por parte de la UAM con el talento humano que dirige los trabajos de grado y con recursos propios.

3 TÓPICOS DEL REFERENTE TEÓRICO

El Departamento de Caldas dentro de los últimos años ha presentado un aumento poblacional y con ello se han desprendido ciertas problemáticas socioeconómicas y en consecuencia las condiciones de vida se ven afectadas por el poco acceso al trabajo como derecho propio del ser humano y a la convivencia digna, permitiendo el poco desarrollo cultural y estilos de vida de un conglomerado social como el de la unidad familiar como núcleo esencial de la sociedad.

A su turno es necesario que el Estado en cabeza de cada uno de los entes territoriales consideren la salud pública como el proceso más expedito para la solución de los problemas que hoy acogen a la región Caldense, la tasa de desempleo en la región muestra un gran déficit en el sistema de acceso de los que viven en ella y afecta por consecuencia condiciones de vida, resultando importante hoy este grupo de investigadores hablar sobre políticas sociales que permitan inferir ciertas estrategias que busquen dinamizar acceso a todos los que habitan en la región a necesidades básicas que permitan desarrollar al ser humano dentro de los espacios de bienestar.

La muestra poblacional llevará a conocer de manera precisa y detalla la problemática que vive la región en cuanto al acceso laboral de los odontólogos y trabajadores sociales a los espacios donde según sus competencias laborales se pueden desempeñar, para así determinar cuáles son las razones por las que se inclinan a desarrollar otras actividades diferentes para las cuales fueron formados.

En ocasiones las posibilidades de acceso al sistema laboral con la que cuentan los profesionales que ejercen la actividad de salud son limitadas por lo cual muchos profesionales acuden a desarrollar otras actividades diferentes para las que fueron capacitados, lo que en alguno de los casos conlleva a la prestación de un servicio deficiente y de poca productividad que permita garantizar y satisfacer las necesidades de los servicios para los cuales laboran.

La ley 30 de 1992 en su Artículo 1° expresa que la Educación Superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, se realiza con posterioridad a la educación media o secundaria y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional. Partiendo de esta base se puede

establecer que los profesionales se encuentran en la responsabilidad de aportar a la sociedad sus conocimientos según su formación para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en las cuales interviene.

El documento sobre caracterización del talento humano del sector salud en Colombia afirma que las intensas transformaciones que tienen lugar en la sociedad moderna actual, como la globalización, el advenimiento de la sociedad del conocimiento, los cambios en el mundo del trabajo, en los sistemas productivos, en la distribución y circulación de bienes y de conocimiento, afectan de manera profunda los campos educacionales y, en especial, los sistemas de educación superior. La sociedad global actual ha consolidado las economías centradas en los avances científicos, al tiempo que profundiza los desarrollos asimétricos de los países, la inequidad en la distribución de la riqueza entre los países y dentro de los países, la extensión de la lógica del capitalismo y de los mercados, debilitando el papel de los Estados y de lo público-social (5).

El mercado laboral cada día es más exigente en cuanto al desempeño de las actividades u oficios, destacándose en este proceso las competencias laborales que se adquieren en la medida que las personas se capacitan, lo que hace que los profesionales puedan desarrollar determinada actividad de la manera adecuada.

El conocimiento tiene un valor cada vez mayor en la fuerza social, económica y política de las organizaciones humanas, al modificar el sentido de la fuerza laboral y las relaciones sociales. Esta valoración hace que las competencias educativas sean consideradas en el manejo, selección y aplicación de la información, en contraposición de la simple posesión de datos; es decir, se orientan no sólo al saber, sino saber hacer, aprender a convivir y a ser. Por esta razón, la educación debe de estar encauzada de tal manera que ayude a los egresados a realizar tareas para las cuales no fueron formados, a prepararse para una vida profesional que se torna diversa, a mejorar su aptitud para trabajar en equipo utilizando la información de manera autónoma, con improvisación, así como con creatividad. En este sentido, los egresados, mejor que nadie; aportan desde su experiencia académica, laboral y profesional su visión sobre las competencias que le son útiles o necesarias en su práctica profesional de acuerdo a la forma en cómo se insertan en el mercado laboral (14).

En cuanto al ejercicio profesional del odontólogo, este ha variado en función de los cambios sociales y del desarrollo de nuevos materiales y tecnologías propias de esta profesión. Así vemos como pasa de ser una profesión con una práctica mutiladora, a ser una práctica restaurativa, preventiva y rehabilitadora. Puede afirmarse que la práctica odontológica también enmarca rasgos de flexibilidad, porque a través del tiempo ha tenido que ir modificando y adaptando al uso de nuevas tecnologías en su labor cotidiana, para lo cual el profesionista se ve en la necesidad de adquirir nuevas competencias para el uso y aplicación de esas tecnologías, así mismo capacitándose en ramas administrativas para incursionar en el mercado laboral que cada vez se expande más y ofrece nuevas alternativas de trabajo (15).

El trabajador social como dinamizador de los procesos sociales, actúa en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y de estos con el estado y con las instituciones, desarrollando un conjunto de acciones que inciden en la reproducción material y social de la vida, con una perspectiva de transformación social de los individuos, familias, grupos y comunidades (16).

En su tarea diaria el trabajador social no debe enfocarse en el ámbito asistencial, sino que debe trabajar en equipo con otros profesionales para promover el desarrollo y bienestar de las comunidades, vinculando a sus procesos la participación ciudadana para lograr resultados favorables en la lucha contra la desigualdad social. De acuerdo con lo anterior, las competencias laborales se perciben como el punto de encuentro entre los sectores educativo y productivo, por cuanto muestran qué se debe formar en los trabajadores y los desempeños que éstos deben alcanzar en el espacio laboral, teniendo en cuenta que el surgimiento de la gestión por competencia laboral en la empresa, en parte obedece a la necesidad de acortar la distancia entre esfuerzo de formación y resultado efectivo (17).

3.1 CONTEXTO TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS

Caldas hace parte de los 32 departamentos de Colombia, ubicado en la subregión Andina del Eje Cafetero, de la cual también hacen parte los departamentos de Risaralda, Quindío, el Suroeste de Antioquia y el Norte del Valle del Cauca, localizado entre los 05° 46' 51'' y los 04° 48' 20'' de latitud norte, y los 74° 38' 01'' y 75° 55' 45'' de longitud oeste, siendo Manizales su capital. Los

límites de departamento están definidos por el Norte con el departamento de Antioquia, por el Este con el departamento de Cundinamarca, por el Sur con los departamentos del Tolima y Risaralda, y por el Oeste con el departamento de Risaralda (18).

Ilustración 1. Ubicación geográfica del departamento de Caldas



Fuente: IGAC

Caldas cuenta con un alto porcentaje en el área rural, entre los municipios con mayor extensión en la zona rural se encuentran Anserma, Aranzazu, Belalcázar, Chinciná, Filadelfia, La Dorada, La Merced, Manzanares, Marquetalia, Marulanda, Neira, Norcasia, Pensilvania, Riosucio, Risaralda, Samaná, Supía, Victoria, Villamaría y Viterbo, es decir 20 de 27 municipios que corresponde al 74,1% (tabla 1).

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

Tabla 1. Subregiones del departamento de Caldas.

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

Fuente: Diagnóstico del Plan de Acción 2013-2015. Corpocaldas.

Geográficamente, Caldas tiene una extensión de 7.888 km² que corresponde al 0,7% de la superficie total del país, superando apenas a los departamentos de Risaralda, Atlántico, Quindío y San Andrés y Providencia; está desplazado hacia el occidente del país, localizándolo equidistante entre el norte y sur del país, lo que lo ubica en un territorio privilegiado por el gran desarrollo de crecimiento industrial denominado “Triángulo de Oro”, constituido por Bogotá, Medellín y Cali, beneficiándolo así con el gran intercambio comercial con estos centros (18).

De igual forma, al Departamento lo atraviesa en su totalidad las cordilleras Andinas Central y Occidental, lo que determina su variedad topográfica, dada entre los 5.400 y 170 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m). El Nevado del Ruiz (el Punto más alto) y el municipio de La Dorada (el más bajo del departamento), generándole gran variedad y riqueza en cuanto a clima y paisajes, ya que no solo hay grandes elevaciones como la del Páramo de Letras, y del Páramo de San Félix, sino que se encuentran también, planicies como las del Valle Interandino del Magdalena, Valle del Risaralda, así como cañones como el del Cauca (18).

Los municipios del departamento están agrupados en:

- 24 círculos notariales, con un total de 29 notarías
- Un círculo de registro con sede en Manizales y nueve oficinas seccionales con sede en Anserma, Aguadas, La Dorada, Manzanares, Pácora, Pensilvania, Riosucio y Salamina
- Un distrito judicial en Manizales, con 10 circuitos judiciales en Manizales, Aguadas, Anserma, Chinchiná, La Dorada, Manzanares, Pácora, Pensilvania, Riosucio y Salamina.

3.1.1 Contexto Demográfico

En el Censo generado en el año 2005, la población en Caldas fue de 968.740 habitantes, para el año 2013 según proyecciones del Departamento Administrativo de estadísticas (DANE) es de 984.115 habitantes que equivale al 2,1% de la población de la nación, según estos datos, la población en Caldas en esos 9 años se incrementó en 870.175 habitantes, lo que puede ser cercano a la realidad, ya que aunque se tienen bajas tasas de natalidad, compensa el tener bajas tasas de mortalidad, lo que infiere unas proyecciones muy cercanas a la realidad, sin embargo no están tan cercanas en cuanto a los grupos de edad, ya que para el 2012 se evidencian en nacidos vivos un registro de 10546, y en las proyecciones para ese año se muestra un total de 16.639 nacidos vivos. Cabe resaltar que el 50% de la población del Departamento se encuentra ubicada en 3 municipios de los 27 que tiene el departamento y en orden de mayor a menor son: Manizales, La Dorada y Chinchiná, al contrario de los otros dos municipios su población se encuentra concentrada en zona rural Supía, Palestina, Marquetalia, Anserma, Aguadas y San José (18).

En cuanto a la distribución porcentual de la población por distribución de área, los municipios los municipios con mayor porcentaje en área rural son: Marmato, (87,42 %), Samaná (80,22 %), San José (76,80 %), Riosucio (69,64 %), Pensilvania (68,56 %), Marulanda (64,16%), Filadelfia (63,88 %), Palestina (63,35 %) y La Merced (62,27 %), los demás municipios tienen una extensión por debajo del 60%, mientras que los municipios con mayor porcentaje de población en área urbana son: Manizales (93,04 %), La Dorada (90,09%), Chinchiná (87,59 %), Viterbo(82,18 %), Villamaría (81,64 %), Norcasia (65,34 %), Anserma (61,61 %).

Tabla 2. Población por área de residencia departamento de Caldas, 2012.

Municipio	Población Cabecera	%	Población resto	%	Población Total	Grado de Urbanización
Manizales	364.365	93,04	27.275	6,96	391.640	93,04
Aguadas	11.162	49,11	11.566	50,89	22.728	49,11
Anserma	21.055	61,61	13.120	38,39	34.175	61,61
Aranzazu	6.649	56,15	5.193	43,85	11.842	56,15
Belalcázar	5.022	45,00	6.139	55,00	11.161	45,00
Chinchiná	45.629	87,59	6.467	12,41	52.096	87,59
Filadelfia	4.167	36,12	7.370	63,88	11.537	36,12
La Dorada	68.292	90,09	7.512	9,91	75.804	90,09

La Merced	2.211	37,73	3.649	62,27	5.860	37,73
Manzanare	9.825	41,27	13.980	58,73	23.805	41,27
Marmato	1.120	12,58	7.786	87,42	8.906	12,58
Marquetali	6.244	41,75	8.712	58,25	14.956	41,75
Marulanda	1.229	35,84	2.200	64,16	3.429	35,84
Neira	15.549	52,13	14.280	47,87	29.829	52,13
Norcasia	4.267	65,34	2.263	34,66	6.530	65,34
Pacora	5.9	46,1	6.911	53,8	12.843	46,19
Palestina	6.5	36,6	11.318	63,3	17.865	36,65
Pensilvani	8.2	31,4	18.087	68,5	26.380	31,44
Riosucio	18.0	30,3	41.326	69,6	59.340	30,36
Risaralda	4.4	45,1	5.439	54,8	9.91	45,14
Salamina	10.4	59,1	7.207	40,8	17.638	59,14
Samaná	5.09	19,7	20.656	80,2	25.750	19,78
San José	1.76	23,2	5.829	76,8	7.590	23,20
Supía	12.6	48,2	13.541	51,7	26.169	48,26
Victoria	3.67	42,3	5.002	57,6	8.675	42,34
Villamaria	43.3	81,6	9.759	18,3	53.142	81,64
Viterbo	10.3	82,1	2.246	17,8	12.603	82,18
TOTAL	697.	71,0	284.833	29,0	982.207	71,00

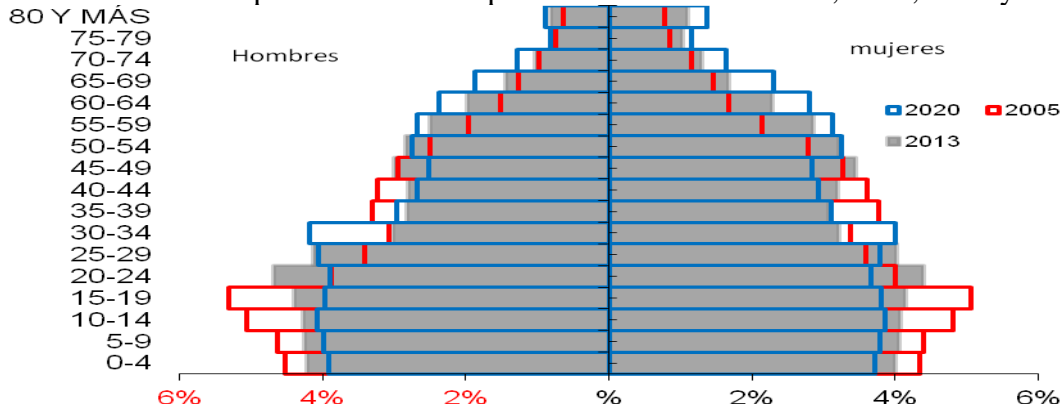
Fuente: DANE

Un importante indicador poblacional, está determinado por el número de habitantes por vivienda. Riosucio y San José son los municipios que tienen en promedio más personas por vivienda (6 personas/vivienda), seguidos de Samaná, Manzanare, Marulanda, Neira, Villamaría y Marmato (5 personas/vivienda), los demás municipios tienen menos de 5 personas por vivienda.

Con respecto a la pertenencia étnica, Caldas tiene características multiétnica, al contar tanto con población indígena como afrocolombiana, y en menor medida población Raizal según datos del censo DANE 2005. El porcentaje de la población Indígena en Caldas es del 5,78%, el mayor porcentaje de población indígena lo tiene el municipio de Riosucio, con un 79,92%, en segundo lugar, esta Supía con un 31,85%, en tercer lugar, esta Marmato con un 17,32%, los demás municipios están por debajo del 5,78%. El porcentaje de población afrocolombiana en Caldas es del 2,51%, el mayor porcentaje de esta población lo tiene Marmato con un 58,47%, el segundo lugar para Belalcázar, con un 22,23%. El tercer lugar lo tiene San José con un 13,12%, en cuarto lugar, esta Supía con un 11,73 %, seguido por municipios como Palestina, Risaralda y Norcasia.

La población Raizal en Caldas es del 0,003% y los municipios que tienen esta población son: Manizales, La Dorada, Belalcázar y Palestina (18).

Tabla 3. Pirámide poblacional del departamento de Caldas años, 2005, 2013 y 2020



Fuente: DANE, SISPRO-MSPS

Los datos demográficos por grupos de edad muestran como el porcentaje de menores de 5 años aumenta, lo que podría indicar una inconsistencia en las proyecciones por las bajas tasas de natalidad del departamento, sin embargo las bajas tasas de mortalidad infantil podrían dar a pensar que a eso se debe el leve incremento para el 2013, sin embargo es marcado el aumento de la población mayor de 60 años, lo que evidencia un envejecimiento de la población, reforzado este punto por la reducción en la población, en niños de 6 a 11 años y en la adolescencia de 12 a 18 años, donde se presenta con más frecuencia las mortalidades por causa externa en especial accidentes de tránsito y en adolescentes muertes por violencia (18).

Otros indicadores poblacionales en Caldas, se relacionan a continuación:

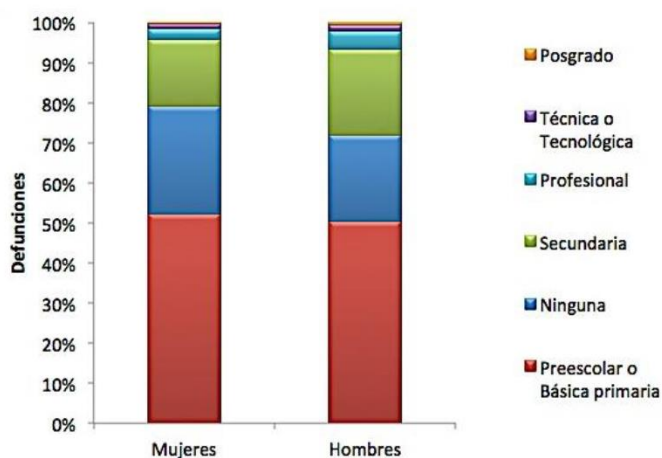
- **Razón hombre:** mujer: En el año 2013, por cada 100 mujeres de la población hay 96 hombres, para el departamento de Caldas, mientras que en Colombia en los años 2005 a 2012 esa relación no difiere mucho de la del departamento manteniéndose entre 97 y 98 hombres por cada 100 mujeres.
- **Razón de niños:** mujer: En el año 2013, por cada 100 mujeres en edad reproductiva, hay 32 de niños menores de 5 años. La cifra comparada con Colombia es mucho menor. En Colombia en el 2005 por cada 100 mujeres en edad fértil había 38 niños menores de 5 años y para el 2012 esa cifra disminuyó a 35 niños menores de 5 años, por cada 100 mujeres en edad fértil, cifra que es mayor a la del departamento de Caldas.

- **Índice de infancia:** por cada 100 personas en Caldas, 28 pertenecen a niños entre 0 a 14 años para el año 2005, a partir de ese año la cifra disminuye y en el año 2012 pasa a 25 niños de 0 a 14 años por cada 100 personas.
- **Índice de Juventud:** por cada 100 personas en Caldas, 25,2 pertenecen a jóvenes entre 15 a 29 años para el año 2005, a partir de este año la cifra aumenta levemente y en el año 2012, la cifra pasa a 25, 8 jóvenes de 15 a 29 años por cada 100 personas.
- **Índice de vejez:** En el año 2005, de 100 personas 7,9 correspondían a población de 65 años y más, dato que incrementa para el 2012, pasando a 8,9 personas de 65 años y más por cada 100 personas en del departamento, cifra que es mayor a la del país en ambos años En el año 2013 de cada 100 personas, 9,15 tienen 65 años y más.
- **Índice de envejecimiento:** En el año 2005 de cada 100 personas menores de 15 años, 28,3 correspondían a personas de 65 años y más, mientras que para el 2012, se incrementa sustancialmente esta cifra y por cada 100 personas menores de 15 años, 35,6 corresponden a personas mayores de 65 años, este indicador es mucho más elevado en Caldas que en Colombia tanto para el año 2005 como para el año 2012.
- **Índice demográfico de dependencia:** En el año 2005, de cada 100 personas entre 15 a 64 años, había 55,3 personas menores de 15 años y mayores de 65, para el 2012 esta cifra disminuyó en Caldas, de cada 100 personas entre 15 a 64 años, había 51,6 personas menores de 15 años y mayores de 65, esta cifra es menor que la del país en ambos años. En el año 2013 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 51,58 menores de 15 y mayores de 65 años.
- **Índice dependencia infantil:** En el año 2005, 49,4 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, esto disminuyó para el año 2012, 42,5 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, esta cifra es menor a la del país en esos años. En el año 2013, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 37,7 personas menores de 15 años.
- **Índice de dependencia de mayores:** En el año 2005, 12,2 personas mayores de 65 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, esa cifra aumento para

el año 2012, paso a 13,6, personas mayores de 65 años que dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, esta cifra supera a la del país. En el año 2013, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 13,8 tienen más de 65 años.

- **Índice de friz:** Para interpretar este indicador la literatura menciona que, si este índice supera el valor de 160, se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Ilustración 2. Mortalidad según nivel educativo. Colombia 2005-2014

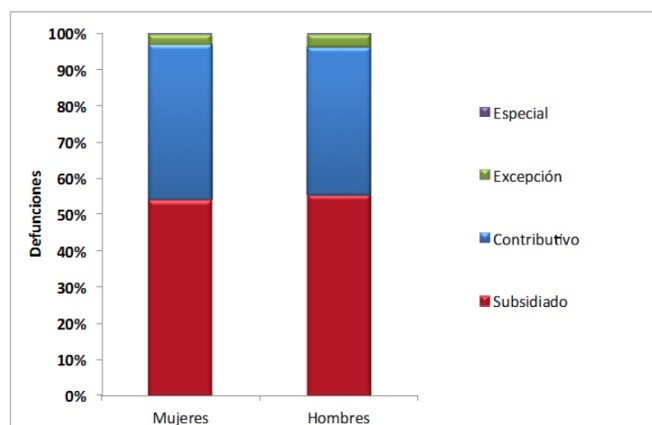


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 24 de Noviembre de 2016.

Fuente: ASIS. Ministerio de Salud y Seguridad Social

De igual forma, la capacidad reproductiva en el departamento de Caldas, disminuye gradualmente, la disminución del departamento está por debajo de la disminución del país.

Ilustración 3. Mortalidad según régimen de afiliación. Colombia, 2005-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 24 de Noviembre de 2016.

En conclusión, la dinámica demográfica del departamento de Caldas se comporta así: Crecimiento natural baja de forma progresiva, una baja que se mantiene por encima de la del país, al igual que la tasa de natalidad, mientras que la tasa de mortalidad, casi que se sostiene sin un grado de variación importante. La tasa neta de migrantes tiene un comportamiento negativo, por lo que demuestra que Caldas es un departamento “expulsor de su población”. En cuanto a las tasas de fecundidad estas son bajas, y se muestran por debajo de la cifra Nacional, lo anterior muestra que en el departamento son necesarios los replanteamientos de las políticas de planificación familiar y generación de empleo para conservar la población y que esta no se tenga que desplazar en busca de mejores oportunidades.

3.1.2 Análisis De Mortalidad

El Ministerio de la Protección Social en Colombia, realizó el análisis de mortalidad a partir del compendio “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del Departamento de Caldas, 2013” (ASIS), en el cual la mortalidad se analizó específicamente en el subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales.

3.1.3 Análisis De Mortalidad General Por Grandes Causas

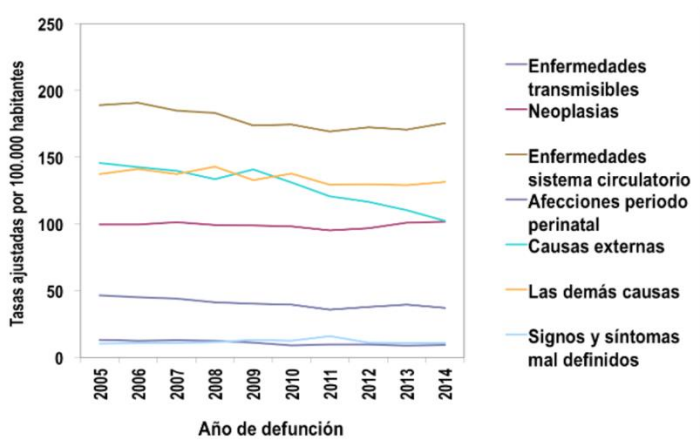
El comportamiento de las defunciones por grandes causas fue similar entre los años 2005 y 2011, siendo las enfermedades del sistema circulatorio las responsables del 33% del total de las muertes, seguido por las demás causas con el 24% en las que se incluyen diabetes, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del

sistema respiratorio, apendicitis y obstrucción intestinal, cirrosis, enfermedades del sistema urinario, hiperplasia de la próstata y malformaciones congénitas, el 18% corresponde a las Neoplasias, muertes por causas externas con el 14% (entre el 2005 al 2011 se observa un descenso al pasar 116,7 muertes en 2005 a 73,1 defunciones por 100.000 personas en 2011) y en menos proporción las enfermedades transmisibles (8%), muertes perinatales (1%) y los diagnósticos mal definidos con el 1%.

Durante el periodo del 2005 a 2011, las tasas de mortalidad ajustada por edad en el departamento de Caldas más elevadas las reportan las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las demás causas y entre esas demás causas tanto en hombres como en mujeres la cifra más alta esta la diabetes mellitus, por lo que se deduce que los estilos de vida en del departamento son un factor de riesgo importante para las elevadas tasas de mortalidad del sistema circulatorio.

De la mano con el análisis de mortalidad, se debe hacer referencia al análisis de os Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP el cual muestra el impacto o fuerza letal para la sociedad como consecuencia de muertes a edad temprana (suma de todos los años que habrían vivido las personas que murieron por una cierta causa si hubieran vivido hasta una cierta edad). De igual forma las neoplasias afectan de forma importante los AVPP de las cuales un mayor número de muertes son el cáncer de estómago.

Ilustración 4. Tasas ajustadas de mortalidad por edad en hombres según grandes causas. Colombia, 2005-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 24 de noviembre de 2016.

El SIDA -VIH es la patología que aparece en segundo lugar con una tasa ajustada con una

tendencia fluctuante observada, pasó de 6 defunciones por 100.000 habitantes en 2005 a 7 muertes en 2011. La tercera sub causa de este mismo grupo corresponde a la tuberculosis con tendencia a la disminución, pasó de 4 muertes por 100.000 habitantes en 2005 a 2 en 2011.

Tabla 4. Comportamiento de los casos de transmisión materno-infantil del VIH. Colombia, 2008-2011

Año/cohorte	Niñas y niños expuestos al VIH	Menores de 2 años infectados con VIH	Porcentaje de trasmisión en menores de 2 años
2008	416	24	5,8
2009	566	28	4,9
2010	717	38	5,3
2011	849	39	4,6

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Con respecto a las neoplasias, los tumores que aportan más defunciones en su orden de mayor a menor en el periodo analizado fueron el tumor de órganos digestivos y peritoneo, sin estómago, el tumor de estómago y tumor de pulmón, tráquea y bronquios. El primero con tendencia a la disminución pasando de 17,4 muertes por 100.000 habitantes en 2005 a 14,4 muertes en 2011. Asimismo, el tumor maligno de estómago disminuye en la tasa de mortalidad ajustada pasando de 18 a 12 muertes por 100.000 habitantes durante el mismo periodo. El tumor de pulmón, tráquea y bronquios mostro una tendencia al descenso al pasar de 16,6 a 9,8 defunciones por 100.000 habitantes en el mismo periodo analizado

Dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio responsables de la mortalidad se encuentran la enfermedad hipertensiva, las enfermedades isquémicas del corazón y paro cardíaco, y en menor medida las producidas por fiebre reumática aguda, enfermedades cardíacas reumáticas, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares y arterosclerosis entre el 2005 y el 2011. Al desagregar por causas se encuentra que el evento con la tasa más alta fue la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, seguida de la tasa de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular y en como tercera sub causa la hipertensión arterial.

Por otro lado, las causas de muerte en el período perinatal, se encuentran las afecciones del feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, Feto y recién nacido afectados por

complicaciones, obstétricas y traumatismo del nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido, y otras ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Las tres primeras causas que generan más mortalidad en la población de Caldas son los accidentes de transporte terrestre aunque las tasas ajustadas presentan un aumento al pasar de 4 a 6 muertes por cada 100.000 personas, seguidas de los demás accidentes con una tendencia al aumento al pasar de 3 a 5 defunciones por cada 100.000 personas, y en tercer lugar las agresiones (homicidio) con un comportamiento al descenso con tasas ajustadas de 9 a 4 muertes por cada 100.000 personas durante el periodo analizado. Los municipios como Marmato, Filadelfia, Pacora, Riosucio y Norcasia, con mayor proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas experimentan la mayor mortalidad infantil durante el 2011 (18).

3.2 COMPETENCIAS LABORALES

Desde las últimas dos décadas del Siglo XX y las primeras del Siglo XXI, se ha extendido la preocupación por el asunto de las competencias, por saber lo que son, cómo se usan o utilizan y en dónde pueden ser incorporadas. Estas, se han conceptualizado de diversas maneras, lo que la hace ser polisémica (19).

Los componentes de una competencia profesional se han integrado en tres conceptos: El SABER (Conocimientos y técnicas propios de la profesión), El HACER (Habilidades, aptitudes, capacidades genéricas), El SER (Valores y actitudes).

El enfoque de las competencias se presenta como una de las alternativas que permite intervenciones integrales y efectivas. En términos de Cabrera (20), el aspecto de transferibilidad y portabilidad de las competencias, es un elemento fundamental en un mercado de trabajo incierto y en constante movimiento. Actualmente los puestos de trabajo cambian continuamente y tienen fronteras difusas entre ellos; el nuevo escenario organizacional tiende a la polifuncionalidad y a la flexibilización, e incluso a la desaparición de los puestos, al punto que el término puesto tiende cada vez más a ser reemplazado por

función, elemento clave en el análisis de las competencias (21). El desempeño laboral bajo esta perspectiva demanda flexibilidad, creatividad, capacidad de adaptación y aprendizaje.

A pesar del reconocimiento de la importancia de los recursos humanos en la operación de los sistemas de salud y como factor clave en sus reformas, la inclusión del tema de la gestión de los recursos humanos en la agenda de los países Latinoamericanos es muy reciente (21).

En Colombia la Ley 1164 de 2007 establece disposiciones sobre los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño, y ética del Talento Humano del área de la salud. Entre sus disposiciones se encuentra la creación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud como Organismo de apoyo a la definición de políticas en esta materia, y el Observatorio Nacional de Talento Humano en Salud que tiene entre sus funciones “Proponer, diseñar y desarrollar estudios y proyectos relacionados con la formación, desempeño, y gestión integral del talento humano en salud” (24, art. 2).

3.2.1 Perfil Odontólogo Y Trabajador Social

En ocasiones las posibilidades de acceso al sistema laboral con la que cuentan los profesionales que ejercen la actividad de salud son limitadas por lo cual muchos profesionales acuden a desarrollar otras actividades diferentes para las que fueron capacitados, lo que en alguno de los casos conlleva a la prestación de un servicio deficiente y de poca productividad que permita garantizar y satisfacer las necesidades de los servicios para los cuales laboran.

3.2.2 Reseña Histórica De La Formación Profesional Del Odontologo En Colombia

Los primeros Odontólogos profesionales en Colombia eran en su mayoría extranjeros, que habiendo estudiado en Estados Unidos o Europa decidían radicarse en el país.

En el período Republicano llegan a Santa Fe de Bogotá dentistas formados en Estados Unidos y Francia principalmente, entre los que se destacan Joseph Watson Ver Valen, norteamericano quien llegó en 1847 y H. Jauville.

Podemos citar a Luis Capella Rodríguez oriundo de Santa Marta quien se formó en los Estados Unidos, y regresó a Colombia en 1871, Alejandro Salcedo egresado de la Universidad de Pensilvania en USA, Eduardo Gaviria egresado de Colegio Dental de Nueva York, junto con

Nicolás Rocha y Guillermo Vargas Paredes egresados también del mismo Colegio, de igual manera podemos mencionar a Rafael Tamayo, Julio Buitrago, Ricardo Soto, Roberto González, Rafael Roa Ospina y Federico Martínez.

Tal vez el primer odontólogo connacional, con criterios académicos y educadores fue Guillermo Vargas Paredes, formado en el Colegio Dental de Nueva York, se radicó en Bogotá en 1887 y fundó en 1888 la Sociedad Dental Colombiana, en colaboración con Rocha, Gaviria y otros colegas, que dio origen del Colegio Dental de Bogotá y este posteriormente a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (22).

El crecimiento de la oferta educativa para la formación del personal profesionalizado y el perfil académico de los graduados en Educación Superior de distintas áreas, obtenido en la página oficial ww.graduadoscolombia.edu.co, arrojan resultados que vale la pena reconocer:

De 3.360.583 títulos otorgados entre 1960 y 2010, el 54% de ellos fue conferido entre el 2001 y el 2010, que muestra el crecimiento casi exponencial.

En los últimos diez años se registró una redistribución de los títulos otorgados relacionada con el nivel de formación académica. De 1960 al 2000, el 22% de los títulos se otorgó a profesionales de los niveles técnico y tecnológico; el 66% a universitario, y el 12% a posgraduados. Si se compara este periodo con 2010, el porcentaje de graduados en los niveles técnico y tecnológico aumentó al 31%, el de universitario bajó al 45%, y el de los posgraduados se duplicó, es decir alcanzó el 24%.

Con respecto a los posgrados, del 2001 al 2010 se otorgaron en el país más títulos que en los 40 años anteriores. Específicamente, de 1960 a 2010 se entregaron 55.485 títulos de maestría, de los cuales el 57% se confirió en la última década. Así mismo, en ese lapso se concedieron 909 títulos de doctorado que, sumados a los 1.908 convalidados, totalizaron 2.817 (23).

El crecimiento institucional de la oferta educativa para salud que ha observado el país en los últimos años coincide con la entrada en vigencia de la Ley 30 de 1992. Se pasa de 37

instituciones en 1984 a 83 en el año 1999, que ofrecen programas de salud, en este crecimiento sale favorecido el sector privado, que crece de 21 a 54 instituciones, mientras que el sector público pasa de 16 a 29 (2).

Tabla 5. Programas de Odontología vigentes en el país, inscritos en el Ministerio de Educación y con el número de odontólogos egresados por año, desde el 2001 al 2014.

INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	52	44	82	99	91	101	103	152	106	90	50	96	96	62	1.224
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	0	33	58	112	32	56	21	46	29	83	31	67	75	66	709
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA - UNIMAGDALENA	0	0	0	0	0	0	15	47	27	40	37	30	62	91	349
UNIVERSIDAD DEL VALLE	33	22	30	50	25	41	36	27	35	28	42	31	15	8	423
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	99	120	125	126	52	92	93	82	85	79	51	61	70	83	1.218
CORPORACION UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ	0	0	0	20	28	20	31	15	47	35	44	29	43	20	332
FUNDACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DE LAS AMERICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81	81
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN	270	360	244	169	196	178	157	169	179	100	185	139	175	188	2.709
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC	626	547	425	343	287	132	286	248	111	243	210	265	119	273	4.115
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	131	101	94	76	59	74	77	105	112	89	74	75	71	108	1.246
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	103	38	51	26	44	0	16	29	68	104	140	152	187	195	1.153
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES	56	52	32	15	43	37	66	59	73	76	125	97	125	118	974
UNIVERSIDAD CES	49	68	33	55	40	35	31	52	53	48	53	52	50	87	706
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	0	0	0	23	49	49	74	83	12	156	79	179	190	165	1.059
UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM - UNISINU -	0	16	10	56	15	43	17	21	30	16	38	37	43	22	364
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	113	73	67	44	56	0	1	0	26	34	37	41	49	80	621
UNIVERSIDAD METROPOLITANA	147	115	111	65	76	74	50	92	42	61	57	51	58	20	1.019
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI	27	62	80	69	61	19	58	64	76	93	45	106	97	55	912
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	95	82	66	16	43	42	66	68	68	72	94	95	127	149	1.083
Total	1.801	1.733	1.508	1.364	1.197	993	1.198	1.359	1.179	1.447	1.392	1.603	1.652	1.871	20.297

FUENTE: Graduados Colombia OBSERVATORIO LABORAL PARA LA EDUCACION

Tabla 6. Instituciones Educativas Superiores con programas de Especialización vigentes en el país.

INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR / ESPECIALIZACIONES	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	12	21	12	18	12	17	24	22	16	20	16	22	18	24	254
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	9	10	5	43	16	21	0	5	15	16	24	28	23	20	235
UNIVERSIDAD DEL VALLE	6	1	8	5	11	11	11	8	10	10	19	20	12	12	144
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	25	33	14	34	49	63	44	81	37	79	106	24	50	50	689
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	19	20	14	16	9	16	13	13	31	2	27	44	38	38	300
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN	37	29	50	47	80	63	39	0	33	33	27	23	29	44	534
INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC	0	0	0	0	0	0	0	0	47	59	59	54	32	120	371
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	37	66	59	78	67	87	14	70	58	56	63	70	54	45	824
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	24	14	13	19	10	0	0	0	0	28	18	13	13	22	174
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES	6	0	3	0	0	10	0	11	20	4	5	11	14	14	98
UNIVERSIDAD CES	17	14	20	18	26	14	45	20	27	17	26	27	24	24	319
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	24	24	47	26	0	69	84	111	15	67	66	95	119	80	827
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	22	36	33	37	64	28	51	41	51	47	46	56	52	53	617
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	9	2	23
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	8	28	54	0	19	41	36	1	63	59	56	47	60	57	529
Total	246	296	332	341	363	440	361	383	423	497	570	534	547	605	5.938

FUENTE: Graduados Colombia OBSERVATORIO LABORAL PARA LA EDUCACION

No existe en la actualidad en la base de datos consultada “Graduados Colombia OBSERVATORIO LABORAL PARA LA EDUCACION” ningún programa aprobado de Doctorado, específico de nuestra profesión.

Tabla 7. Egresados de las distintas Universidades con programas de Maestría en Salud Pública, con el número de egresados por año entre el 2001 y el 2014.

INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR / SALUD PUBLICA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	17	25	24	24	17	72	27	20	16	46	9	41	8	9	355
UNIVERSIDAD DEL VALLE	16	13	12	27	33	62	22	23	56	63	73	42	32	40	514
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER	0	0	0	1	4	7	6	2	1	3	9	2	3	6	44
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	6	5	14	7	12	9	10	23	23	18	20	21	8	35	211
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	22
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	3	3	5	3	8	9	9	5	11	10	9	7	10	15	107
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	8	17	32
UNIVERSIDAD CES	0	0	0	14	12	18	3	16	13	13	28	31	50	62	260
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
UNIVERSIDAD DEL NORTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	15	20	40
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11	13
UNIVERSIDAD LIBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	18	14	68
UNIVERSIDAD MARIANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	23	39
Total	42	46	55	76	86	177	77	89	120	153	148	192	170	283	1714

FUENTE: Graduados Colombia OBSERVATORIO LABORAL PARA LA EDUCACION

3.2.3 Perfil Profesional Del Odontólogo

El odontólogo es un profesional de la salud con vocación de servicio a la comunidad, competencia científica y liderazgo social que fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación de preceptos científicos, morales, sociales, y en el conocimiento bioético y técnico que le permiten participar como ciudadano y como profesional, en la construcción y gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en cualquiera de las áreas de la odontología, trabajar en su consultorio particular o en una institución, en investigación, docencia y/o administración, proyección social y salud pública; en la actualidad existe una variada oferta educativa implementada por múltiples entidades educativas, públicas y privadas, con modalidades de cursos, diplomados, especializaciones, maestrías y doctorados para los profesionales del área (24).

Cuenta con conocimientos científicos y técnicos que le permiten comprender la condición biosociosocial del ser humano y desarrollar habilidades y destrezas en el campo clínico, de acuerdo con las necesidades del país, en sus características demográficas, sociales económicas, culturales y de morbilidad oral. Igualmente es un profesional que lleva a cabo procesos de

educación, promoción y prevención en salud general y oral. Desempeña actividades como agente de cambio en el sistema de atención en salud (25).

El odontólogo colombiano se encuentra capacitado para cumplir las siguientes funciones:

- Planear, organizar, dirigir, y evaluar las distintas actividades y procedimientos requeridos en la práctica profesional.
- Identificar los problemas de una comunidad y de su sector económico para proponer alternativas racionales de solución, en consideración de la legislación vigente.
- Diagnosticar y tratar los problemas de Salud Oral más frecuentes en el medio.
- Asistir a los pacientes y a la comunidad a su cargo con una sólida formación ética y humanística.
- Elaborar estudios y desarrollar nuevos proyectos, para fortalecer la atención de la salud oral en la comunidad y aportar en la transformación del contexto y el mejoramiento de la calidad de vida.
- Proyectar su acción al grupo familiar con un criterio terapéutico y educativo.
- Promover la creación de nuevas unidades productivas de servicios.
- Actuar en todo momento en forma consciente de sus obligaciones para con la sociedad.

En su ejercicio profesional es autónomo y responsable de las decisiones y limitaciones de su práctica, y es consciente del aporte que debe brindar dentro de los equipos interdisciplinarios, interinstitucionales y transectoriales de trabajo, es líder responsable por naturaleza del equipo de salud bucal y que como tal asume las consecuencias de las acciones de dicho equipo (26).

3.2.4 Tipos De Competencias Ocupacionales En Odontología

En diversos estudios realizados por el Ministerio de Salud, se indagó sobre las competencias laborales de los profesionales de la salud, la Odontología en primer nivel en el entorno Territorial, concentra cerca del 60% de su dedicación en las actividades de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, más del 35% de su dedicación está distribuida así: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, coordinación en atención de pacientes (27).

Las dos actividades que siguen en términos de dedicación son administrativas, pero están muy ligadas a la prestación misma del servicio: mantenimiento de los registros vitales y apoyo administrativo de los servicios; esto implica que el diagnóstico el tratamiento, el manejo pacientes, y los trámites relacionados representan más del 60% de la dedicación del odontólogo. Con menor proporción, se presentan tareas que se agrupan en subfunciones que no están directamente ligadas al perfil profesional tradicional del odontólogo, tales como el manejo de emergencias y desastres, el mercadeo en salud y el diseño de programas de servicios; éstas tienen un peso de cerca del 5%. Este hallazgo estaría relacionado con algunas tareas desarrolladas en los nuevos papeles del sistema, en particular la administración territorial (27).

Con menor proporción, se presentan tareas que se agrupan en subsunciones que no están directamente ligadas al perfil profesional tradicional del odontólogo, tales como el manejo de emergencias y desastres, el mercadeo en salud y el diseño de programas de servicios; éstas tienen un peso de cerca del 5%. Este hallazgo estaría relacionado con algunas tareas desarrolladas en los nuevos papeles del sistema, en particular la administración territorial (28).

3.3 RESEÑA HISTÓRICA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN COLOMBIA

El Trabajo Social es una profesión cuya formación básica se centra en el área de las Ciencias Sociales, permitiéndole un análisis crítico de la realidad social, con tendencia a una acción transformadora en problemáticas sociales determinadas (29).

La Escuela de Servicio Social del Colegio Mayor del Rosario, fue la primera escuela de Trabajo Social en Colombia, cuyas actividades iniciaron el 3 de abril de 1937 con 20 alumnas. Esta escuela la fundó María Carulla de Vergara, quien se formó en Barcelona, España.

El currículo o plan de estudios constaba de materias como: Religión, Ética, Filosofía, Psicología, Sociología, Economía Política, Biología, Epidemiología, Higiene general, primeros auxilios, entre otros. La formación se realizaba durante tres años, en la cual se veían materias en los primeros dos años y el tercero se dedicaba a la práctica, principalmente en Hospitales, Secretariados sociales, Hogares infantiles, entre otros.

3.3.1 Competencias Laborales Del Trabajador Social

Desde el contexto de Trabajo Social las competencias laborales se vislumbran en los siguientes momentos:

- En la década de los 80 el trabajo social se caracterizó por la búsqueda de equilibrios y superación de desajustes por asumir en la tarea las relaciones con el mundo de trabajo.
- En la década de los 90 ya se vislumbraban las principales competencias en las que se articulan la función del Trabajador Social a partir de la aprehensión de la problemática social entre las que se destacan la promoción social con papeles de animador, la intervención terapéutica, la mediación de conflictos familiares y vecinales, la formulación de proyectos y programas sociales.
- En los comienzos del milenio el tema de las competencias para trabajo social son introducidas a partir del proceso de los Exámenes de Calidad de la Educación Superior – ECAES, propuesta por el Ministerio de Educación Superior –MEN- y acogida por el Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social –CONETS quien a través de las facultades y programas asumieron el proceso de construcción de las pruebas de estado por competencias para el país. Esta experiencia se constituyó en una oportunidad de encuentro académico para que cada escuela revisara sus propios procesos formativos lo cual posibilitó una aproximación al estado actual de desarrollo de la formación profesional en el país. De este análisis surgió la siguiente pregunta, ¿Cómo pensar la formación de Trabajo Social para el mundo del trabajo? Es claro que la educación y la formación profesional deben estar de cara la realidad social, global y local; por lo tanto, a la relación formación profesional desempeño laboral; condición necesaria e ineludible que permita implementar un modelo educativo que atienda desde lo epistémico, teórico y metodológico, la formación del Trabajador Social 17
- Actúa con responsabilidad social y moral, no sólo con sus saberes y su disciplina, sino que adquiere un compromiso con sus semejantes, su entorno, su sociedad y su mundo, tomando una actitud de imparcialidad, justicia, solidaridad, responsabilidad, respeto, aceptación, asertividad, creatividad y un pensamiento crítico.
- Presenta conocimientos, habilidades y actitudes para elaborar estrategias metodológicas que respondan a las características de la realidad en la que actuará, por lo que debe ser

competente en: Gestión social, investigación en fenómenos sociales, intervención en la realidad, planificación y elaboración de proyectos de intervención social (23).

Tabla 8. Universidades que ofrecen Trabajo Social en Colombia

Institución	Ciudad
Universidad Nacional de Colombia	Bogotá
Fundación Universitaria Monserrate	Bogotá
Universidad De La Salle	Bogotá
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	Bogotá
Universidad Externado de Colombia	Bogotá
Universidad de Antioquia	Medellín
Universidad Pontificia Bolivariana	Medellín
Universidad de Caldas	Manizales
Universidad de Cartagena	Cartagena
Universidad Metropolitana	Barranquilla
Universidad Simón Bolívar	Barranquilla
Universidad Industrial de Santander	Bucaramanga
Universidad del Valle	Cali
Universidad Tecnológica del Choco	Quibdó
Universidad Mariana	Pasto
Corporación Universitaria del Caribe "CECAR"	Sincelejo
Universidad de la Guajira	Riohacha
Corporación Universitaria Minuto de Dios	Bogotá
Universidad del Quindío	Armenia
Fundación Universitaria Juan de Castellanos	Tunja
Corporación Universitaria del Sinú	Montería

Fuente: Elaboración propia.

3.3.2 Objeto De Estudio Del Trabajador Social

El Trabajo Social nació como una disciplina aplicada, (y todavía, hoy día, “Trabajo” es un término que implica disciplina fundamentalmente práctica), y los trabajadores sociales para poder

orientar nuestro trabajo y dar cuenta de él y sus efectos necesitábamos elementos teóricos que se importaron de otros saberes como la sociología, psicoanálisis, psiquiatría, pedagogía y otros. Para elaborar estas influencias era, es y será necesario trabajar en las discontinuidades teórico-prácticas. La teoría tiene su valor en cuanto que funciona como referencia tercera en la relación entre los profesionales y usuarios, y es en este sentido que la definición del objeto de estudio es una cuestión central para nuestra disciplina (30).

Una ciencia tiene que tener un objeto propio, bien delimitado, que permita el desarrollo de un modelo para que no se produzca la simple incorporación, trasvase, de conceptos teóricos y elementos prácticos (provengan de la Escuela de Chicago, de la Escuela de Nueva York o la influencia principal sea psicoanalítica o sociológica) sin un trabajo previo de elaboración (30).

El Trabajo Social comparte con las Ciencias Sociales el mismo objeto material (dupla ser humano-sociedad) pero es el objeto formal (perspectiva desde la que se ocupa del objeto) lo que diferencia una ciencia de otra. “La definición del objeto tiene que ser abstracta y además del qué tiene que incorporar a quién y el dónde”(31).

La contribución cartesiana facilitó el estudio del organismo humano disociando el “alma” de la “máquina” y al mismo tiempo se producía la disociación del ser humano como totalidad del ambiente que le rodea. Pensar holísticamente al ser humano implica incorporar a la batería de posibles hipótesis las externas a la biología (30).

Las relaciones sociales y los consiguientes malestares sociales están conformados por el cruce de los diversos pasos fronterizos (el límite entre lo biológico y lo psicológico, lo psicológico y lo social, lo social y lo biológico). No podemos concebir al sujeto social fuera del cuerpo o fuera de la psique. No es suficiente afirmar que el ser humano es biopsicosocial, hay que problematizar esas tres características y, en este punto, el concepto de pulsión nos es útil para no aceptar los términos bio, psico, social como discretos porque ese camino nos lleva a la disociación que estos ámbitos necesitan de un saber que nunca podrá encontrarse (30).

El Trabajo Social desde su nacimiento ha sido una disciplina y una profesión vinculada a la acción y a la propuesta de acciones de intervención social, donde la investigación también ha

estado presente, e inherente al quehacer profesional y científico del trabajo social, aunque no siempre haya contado con el reconocimiento, el tiempo o los medios necesarios (32).

La posición del Trabajo Social en el marco de las Ciencias Sociales presenta todavía niveles de debilidad si se atiende a los indicadores aceptados por la comunidad científica, tales como publicaciones en revistas de impacto, proyectos de investigación en concurrencia competitiva etc. Sirva como muestra que no existe un código UNESCO específico de Trabajo Social. Hay que buscar en diferentes descriptores, la mayoría incluidos en el apartado de Sociología (32).

3.3.3 Perfil Ocupacional De Los Trabajadores Sociales

De acuerdo con Martha (33), el perfil profesional del trabajador social lo aborda desde las funciones genéricas que éste puede realizar, desde el conocimiento y análisis del quehacer en la práctica directa o microintervención permite concluir que para todas las coberturas y métodos mencionados, existe un proceso metodológico unitario, así como roles y principios éticos generales, enumerando el perfil en:

- Diseña y ejecuta investigaciones de las diferentes poblaciones sujetos de intervención (individuo, familia, grupo, organizaciones sociales y comunidad), como fundamento de las acciones de cambio.
- Diseña y ejecuta investigaciones relativas al sistema de recursos, que implica tanto los existentes como las carencias de los mismos.
- Participa en el trabajo de equipo para la investigación, planificación, ejecución y evaluación de las acciones del sistema cliente.
- Desempeña un papel de defensoría velando por el cumplimiento de políticas sociales, leyes, reglamentos, normas y procedimientos relacionados con los derechos y beneficios de individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades.
- Asesora a profesionales y técnicos de otras disciplinas en el área de su competencia.
- Coordina acciones con las redes de apoyo, los recursos formales y los institucionales, para la atención integral del sistema cliente y para la racionalización de los recursos.
- Facilita la asistencia social para el abordaje de los ‘problemas sociales, que surgen en la interacción del individuo con el ambiente.

- Promueve los cambios necesarios, en el ambiente, en el sistema cliente y en su interacción con el ambiente, para el logro del bienestar de los usuarios.
- Capacita mediante un proceso educativo para el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de las obligaciones y la ejecución funcional de roles de vida cotidiana.
- Realiza valoraciones sociales de situaciones individuales, familiares, grupales, de organizaciones sociales y comunales para diseñar planes de acción para actuar en situaciones individuales y colectivas, en la asistencia, prevención y promoción de los sujetos de intervención.

El Trabajador Social interviene mediante acciones de asistencia, rehabilitación, prevención y promoción, con el fin de que el usuario obtenga la satisfacción de sus necesidades, el logro de las aspiraciones y la adecuación vital de él consigo mismo, con otros individuos Y con su ambiente, mediante un proceso de cambio planeado. Esto ubica su actuación en un nivel micro y permite fundamentar la formulación del perfil profesional en la práctica directa (33).

3.4 COMPETENCIAS LABORALES EN SALUD PÚBLICA

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

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

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

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

La inclusión del concepto de competencia laboral es reciente en Latinoamérica y la forma en que se aborda, sus concepciones y metodología varían en cada país según sus condiciones históricas, culturales, problemas, objetivos y posición en el mundo (20). Esta región, que no es ajena a la dinámica económica mundial de apertura y reformas constantes en el mismo sentido, ha tenido que visualizar nuevas formas de responder a tales desafíos para poder garantizar sistemas de salud equitativos, eficientes, efectivos, sustentables y orientados hacia la satisfacción de las necesidades de salud de sus poblaciones. En consecuencia, el desarrollo institucional para la gestión de sus recursos humanos se convierte en una función esencial de sus capacidades institucionales (21).

Algunos estudios han planteado de manera reiterada discrepancias o inconsistencias entre los perfiles de los egresados de las instituciones educativas en salud y las competencias requeridas para el desempeño de los cargos en las ocupaciones del sistema de salud (34). También se han planteado discrepancias entre el perfil de los egresados y las necesidades sociales, políticas y epidemiológicas del país.

El primer problema es de adecuación apropiada de los programas formativos con respecto a las necesidades ocupacionales de las instituciones, lo que sugeriría que las instituciones educativas no tienen en cuenta las necesidades ocupacionales, están encerradas en sí mismas o, simplemente son descuidadas en exceso. De manera más precisa: “El balance entre los perfiles curriculares y ocupacionales obtenidos mediante un indicador de efectividad, estableció que la oferta educativa no se adecua al mercado de servicios, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo...” (35).

En la implementación de los sistemas de competencias, Mertens (36) identifica tres tendencias en relación con quienes impulsan los procesos: a) El Estado, con casos representativos como Reino Unido, Australia y México; b) el mercado, como en los Estados Unidos; y c) las organizaciones de actores sociales (incluye empleadores y trabajadores), observable en algunos países de Europa y en Canadá.

Como resultado de la implementación de estos sistemas, Mertens (36) también analiza que en el primer caso, la participación de los sectores sociales, empleadores y sindicatos es limitada pero hay mayor coherencia conceptual. En el segundo caso, los programas de formación son

administrados conjuntamente por la empresa y los sindicatos, pero faltan mecanismos de aseguramiento de la calidad del sistema, lo que afecta la transferibilidad de las competencias de un estado a otro y la disposición de un marco conceptual y un lenguaje común entre programas de certificación y comunidad educativa.

Los sistemas de competencias deben estar conformados por cuatro subsistemas normalización, formación, evaluación, certificación y reconocimiento de competencia laboral, los cuales Mertens (36) describe así:

1. La normalización se refiere al conjunto de estándares válidos en diferentes ambientes productivos; es decir, los elementos de referencia a partir de los cuales se determina si una persona es competente y puede tener alcance nacional.
2. La formación, una vez establecidas las normas de competencias, se identifican las necesidades de formación.
3. la evaluación consiste en medir la diferencia que pueda existir entre lo que el individuo presenta y la norma establecida. Este proceso se realiza de manera individualizada e implica recoger evidencias para contrastarlas con los requerimientos e identificar su estado de competencia, para esto se utilizan métodos como a) observación del rendimiento; b) pruebas de habilidad; c) ejercicios de simulación; d) realización de un proyecto; e) preguntas orales; f) examen escrito, y g) preguntas de opción múltiple.
4. Certificación, cuando un individuo se considera competente, se procede a realizar la validación de las competencias a través de un organismo facultado para tal propósito. Los evaluadores deben estar debidamente entrenados y poseer habilidades como: a) evaluar por medio de la observación; b) evaluar diversas evidencias (documentos, testimonios, conocimiento y comprensión), y c) evaluar el conocimiento demostrable en la ocupación sobre la cual se realiza la evaluación.

En Colombia, el SENA (35), fue designado como organismo encargado de regular, diseñar, normalizar y certificar las competencias laborales. La Institución es dirigida por un Consejo Nacional de carácter tripartito con representantes del sector gobierno, trabajadores y empleadores.

La OEI (37) diferencia dos metodologías de trabajo básicas para la construcción de competencias: el análisis funcional y el análisis ocupacional.

3.4.1 Competencias Esenciales En Salud Pública

Las competencias fueron definidas por primera vez en los años setenta con una orientación empresarial, pero han sido interpretadas por la educación con un sentido diferente, observando que su noción "toma una vertiente distinta cuando pasa del ámbito laboral al aspecto cognoscitivo, para promover el desarrollo de competencias educativas (intelectuales) en donde se vinculan conocimientos, habilidades, actitudes y valores, con la finalidad de dar una formación integral" (38).

De acuerdo con Soto (39) por su parte, describen las competencias como "un aprendizaje que comprende tres niveles sucesivos, que van desde un aprendizaje informativo hacia un aprendizaje formativo y hacia un aprendizaje transformacional. El aprendizaje informativo consiste en adquirir conocimientos y habilidades, y su propósito es producir expertos; el formativo se refiere a socializar basándose en valores, y su propósito es producir profesionales, mientras que el aprendizaje transformacional se focaliza en desarrollar cualidades de liderazgo, y su propósito es producir agentes reales de cambio".

Según Conejero (40) "una competencia es una capacidad de acción eficaz frente a una familia de situaciones", y asume que las competencias profesionales son complejas, observando que "las competencias clínicas de un médico van mucho más allá de una memorización segura [...] Exigen relacionar, interpretar, interpolar, inferir, inventar: en suma, realizar operaciones mentales complejas...".

Las competencias son consideradas como los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos por el conjunto de los recursos humanos de salud en los diferentes ámbitos de práctica, para solucionar los problemas de salud de manera eficiente y efectiva. Esta noción "incorpora la realidad sanitaria, social y política de los países de la Región y se fundamenta en valores de equidad y justicia social" (40).

La OPS (41) reconoce la crisis mundial de los recursos humanos para la salud y sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades y el desempeño de los sistemas de salud. Identifica problemáticas como la insuficiencia de personal sanitario de

determinadas categorías, la falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo, la falta de recursos humanos para atender necesidades de salud de grandes sectores de la población, la movilidad de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud, las condiciones precarias de trabajo, la escasa motivación y baja productividad del personal de salud, la ineficiencia en la asignación de los recursos, y los desequilibrios en la composición y la distribución de la fuerza laboral.

Teniendo como antecedente la aguda problemática en materia de recursos humanos en los años 90 en las Américas, evidenciada en la medición de las FESP en la región y reconociendo como un factor determinante del desempeño de un sistema de salud el rendimiento de los agentes de salud, la OPS (41) planteó las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015, e instó a los países miembros a formular planes nacionales de recursos humanos para su cumplimiento.

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

A finales de los años noventa la OPS lanzó la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", buscando fortalecer la función rectora de los países en salud pública. Se identificaron 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y se desarrolló una metodología para medir su desempeño, que se aplicó en casi todos los países de la Región. La octava FESP, "Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública", resultó ser la segunda más baja en desempeño.

Tabla 9. Metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015.

Desafío	Descripción de la meta
1	Meta 1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes
1	Meta 2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.
1	Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.
1	Meta 4. Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1.
1	Meta 5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.
2	Meta 6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.
2	Meta 7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.
2	Meta 8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
2	Meta 9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.
3	Meta 10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
3	Meta 11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
3	Meta 12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantados mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.
4	Meta 13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad.
4	Meta 14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.
4	Meta 15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.
4	Meta 16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.
5	Meta 17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
5	Meta 18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

5	Meta 19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
5	Meta 20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

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

A través de un ejercicio de medición, la OPS (41) identificó una situación preocupante en la región andina en cuanto a las competencias de salud pública e intercultural de los equipos de atención primaria. La transformación de los sistemas de salud hacia la APS exige nuevos perfiles y competencias de los recursos humanos para su implementación, y la capacitación existente no satisface las necesidades permanentes (más que puntuales) de promoción de cambio en la organización y funcionamiento de los servicios. En apoyo al fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud pública para el mejor desempeño de las FESP se creó el marco regional de competencias esenciales en salud pública (MRCESP), teniendo en cuenta que en América Latina los retos principales no se centran en la oferta del personal en salud sino en la disponibilidad de personal competente (40).

3.4.2 Funciones Esenciales De La Salud Pública, FESP

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad (42).

En 1994, el comité directivo de funciones de la salud pública (Public Health Functions Steering Committee) adoptó el documento "Salud pública en los Estados Unidos de América", en el que la visión "personas sanas en comunidades sanas" y la misión de promover la salud física y mental y prevenir las enfermedades, daños y discapacidades, estos comprenden los siguientes objetivos principales de la salud pública (41):

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.

- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

En el mismo documento se definieron 10 servicios esenciales de salud pública (42):

- “Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
- Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
- Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
- Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
- Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
- Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
- Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
- Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud”.

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

- FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- FESP 2. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud.
- FESP 3. Promoción de la salud.
- FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud.
- FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
- FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.
- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

- FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- FESP 10. Investigación en Salud Pública.
- FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Como elemento final las FESP y la medición de sus desempeños en el continente, permiten fortalecer los procesos de educación en salud pública en cuanto a planes curriculares, capacidad docente e investigación.

3.4.3 Marco Regional De Competencias Esenciales En Salud Pública, MRCESP

El marco regional de competencias esenciales en salud pública (MRCESP) es una construcción colectiva, liderada por la organización panamericana de la salud (OPS), resultado de un proceso que involucró a más de 240 colaboradores de 28 países de las Américas. El marco se desarrolló como una estrategia que permitiera contar con un instrumento sencillo que posibilitara la formación de fuerza de trabajo que estuviera en coherencia con las directrices de la Organización Panamericana de la Salud- OPS, Organización Mundial de la Salud- OMS y de la Organización de las Naciones Unidas- ONU que a su vez permitiera tener una ruta de acción frente a los quehaceres que implica la estrategia de atención primaria en salud- APS (40).

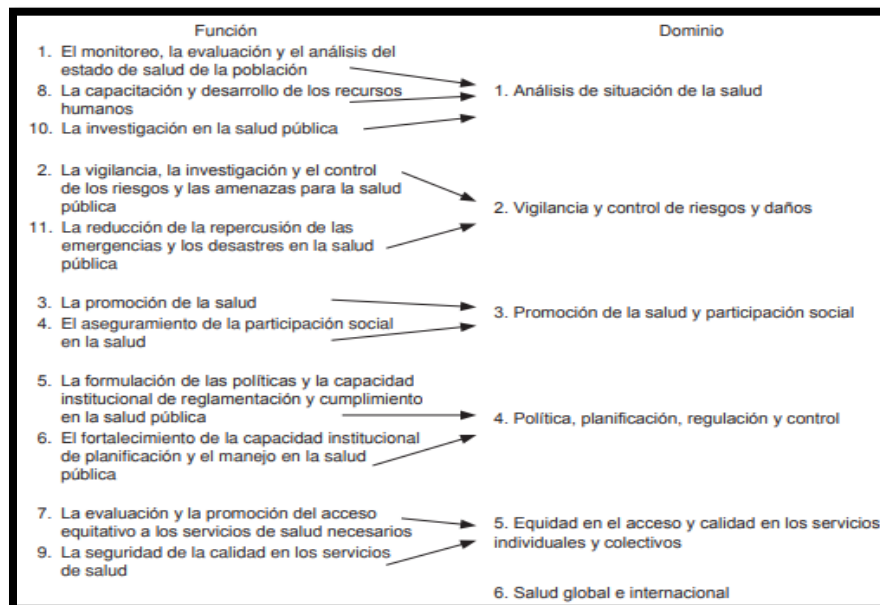
Se realizó un reagrupamiento de las FESP para su mejor abordaje metodológico, y se incorporó una nueva función con el componente de salud internacional / global. Así se establecieron seis dominios sustantivos:

- 1. Análisis de situación de salud:** 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.
- 2. Vigilancia y control de riesgos y daños:** Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- 3. Promoción de la salud y participación social:** La promoción de la salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a

fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.

- 4. Política, planificación, regulación y control:** Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional, deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.
- 5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos:** Una de las condiciones esenciales en la práctica de la salud pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión, desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.
- 6. Salud internacional / global:** Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que, con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Ilustración 5. Paso de las Funciones Esenciales en salud pública a los dominios en competencias esenciales de recurso humano



Fuente: Competencias esenciales en salud pública. Un marco regional para las Americas

3.4.4 Normatividad Vigente (Talento Humano En Salud)

En la década de los años 90, con la creación del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) por la Ley 100 de 1993, se estableció una nueva estructura de servicios de atención en salud con base en el aseguramiento obligatorio de la población colombiana. Nacieron entonces las ya conocidas figuras de las empresas promotoras de salud- EPS y las instituciones prestadoras de salud- IPS, para asegurar y prestar los servicios de salud en los diferentes niveles de atención (43).

Con el propósito de mejorar el sistema de salud; la ley 1751 de 2015 en su capítulo III, indica la importancia de que los profesionales y trabajadores de la salud, ejerzan su profesión, favoreciendo a la población atendida dentro de los esquemas propios del sistema, además de considerar las condiciones laborales que se les debe garantizar como una forma de promover el trabajo justo y comprometido del equipo de salud (44).

La ley de talento humano en salud (45) fue aprobada en octubre del año 2007 y tal como se indica en el inicio de la norma, ésta tiene como propósito fundamental “establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio,

desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Hasta la fecha se han aprobado tres decretos reglamentarios. El primero de ellos es el decreto 860 de marzo de 2008 con el cual se dictan medidas transitorias para la autorización del ejercicio del talento humano en salud (46) que consiste en la continuación de las actividades de inscripción, registro y autorización del ejercicio de las profesiones y ocupaciones de la salud hasta 9 meses desde la fecha de entrada de vigencia de este decreto por parte de las direcciones departamentales y distrital de salud, mientras se realiza la reglamentación del registro único del talento humano en salud.

El decreto reglamentario 1730 de mayo 21 de 2008 reglamenta los mecanismos de escogencia de los representantes ante el consejo nacional de talento humano en salud (47).

Este consejo, de acuerdo al artículo 5° de la ley 1164 (45), está integrado por los representantes del ministerio de educación, de protección social, de las facultades de salud de las universidades públicas y privadas, de los egresados de instituciones de educación tanto superior como no formal en el área de la salud, de las asociaciones de ocupaciones, de las asociaciones de estudiantes, de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de las empresas promotoras de salud (45). Igualmente, estos representantes, deben ser postulados a través de las asociaciones u organizaciones profesionales, son elegidos por el ministerio de la protección social para un periodo de 2 años, para el caso de los representantes de las facultades de universidades públicas y privadas del área de la salud, se alternarán en el consejo.

El último decreto reglamentado fue el 2006 de junio de 2008, el cual crea la comisión intersectorial para el talento humano en salud.

Por otro lado, existen normas que han intentado reformar el sistema como se evidencia a través de la Ley 1438 de 2011, cuyo propósito es fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación de servicio público articulado a la estrategia de atención primaria en salud- APS (9).

El gobierno colombiano ve la necesidad de recopilar las normas del sector salud, es por esto que se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social, decreto 0780 de

2016, cuyo objetivo principal es: “compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar además con un instrumento jurídico único para el mismo” y en el artículo 1.1.3.6 aborda lo inherente a la comisión intersectorial para el talento humano en salud.

Así mismo, se crea la política de atención integral en salud (PAIS) que tiene como objetivo orientar el sistema a la generación de mejores condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y de calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”; sugiriendo ajustes progresivos para apoyar el desarrollo de capacidades institucionales, de desarrollar nuevas competencias en el talento humano responsable de la gestión y el cuidado de la salud y de transformar los procesos de gestión territorial, coordinación y gerencia de las instituciones (48).

3.5 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SU DESARROLLO EN COLOMBIA

La atención primaria de salud constituye la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con plena participación y a un costo asequible, es así como en el año 1978 durante la reunión de Alma Ata (49), quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se denominó como: “atención primaria en salud” (APS) y se definió como: “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables.

La atención primaria en salud tiene como fundamento orientar las estructuras sanitarias hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, frente al derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para su funcionamiento, están estrechamente relacionados con la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales y transdisciplinarias.

Con la Ley 100 de 1993 donde se instauró el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), y la descentralización de competencias y recursos definida en la Ley 60 de 1993, el sistema de salud colombiano se enmarca en el aseguramiento para garantizar el plan obligatorio de salud, en sus versiones contributiva (POSC) y subsidiada (POSS).

La ejecución de las estrategias colectivas para la salud, se abordó inicialmente con el plan de atención básica (PAB) el cual evolucionó hacia el plan de intervenciones colectivas (PIC) en el año 2007, derivado del plan nacional de salud pública en el cual se incorpora, entre otros enfoques, el de determinantes de la salud.

Con la resolución 5511 de 2016 se determinaron los criterios de asignación de recursos del presupuesto general de la nación destinados a los subprogramas de "implementación de las estrategias de promoción salud y prevención enfermedad nacional" y de "atención de la familia, primera infancia, niñez, adolescencia y juventud", posteriormente con la resolución 3280 de 2018 se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

Según la declaración de Alma Ata (49):

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

3.6 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

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 y 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 pública. El plan incluyó una serie de aspectos que, en conjunto apuntan a la intervención de buena parte de los determinantes de la salud.

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 (50).

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 (2).

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 tolerancia 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 (2). El PDSP se debe armonizar con los planes de desarrollo territoriales y debe ser la base para la formulación de planes territoriales de salud pública.

Los grandes ejes temáticos o dimensiones que están incluidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 –2021, son (2):

“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”.

La implementación de la ley 1438 de 2011 (9), así como el desarrollo del plan decenal de salud pública 2012 – 2021 (2) imponen la búsqueda de nuevos derroteros y profundas modificaciones en la transformación y adecuación del modelo de aseguramiento.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

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.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar socio-demográficamente el perfil odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de salud de caldas 2017.

Identificar las competencias laborales que tienen el odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.

Describir las competencias esenciales en Salud Pública que tienen el odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.

Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales de salud pública que tienen el odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.

5 METODOLOGIA

Enfoque de investigación: Cuantitativo.

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

Población: Todos los profesionales en Odontología y Trabajo social del departamento de Caldas.

Muestra: Odontólogos (5) y Trabajadores sociales (4), de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión determinados en el estudio.

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 4 se muestran las técnicas e instrumentos que se emplearon en la recolección de la información, para garantizar el logro de los objetivos propuestos.

Tabla 10. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

TÉCNICA	INSTRUMENTOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS
Encuesta	Cuestionario	Nº1. Caracterizar socio-demográficamente odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.
Encuesta	Cuestionario	Nº2 Identificar las competencias laborales que tienen el odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.
Encuesta	Instrumento MRCESP	Nº3. Describir las competencias esenciales en salud pública que tienen el odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017. Nº4. Establecer la correspondencia entre las competencias laborales y las competencias especiales de salud pública del odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de caldas 2017.

Fuente: elaboración propia.

La información se recolectó mediante la utilización de técnicas como la entrevista y la encuesta. El instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública según el marco regional, MRCESP, se utilizó con la autorización de los autores Mosquera (6), 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.

SECCION 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.

SECCION 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.

5.1 PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó autorización a las entidades competentes para contactar a los odontólogo y el trabajador social en el equipo de salud pública del departamento de Caldas 2017. 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.

5.2 ANALISIS 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.

5.3 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 (51), 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.

6 RESULTADOS

Los resultados del presente trabajo de investigación se presentan en dos momentos: el primero corresponde a aspectos de la caracterización sociodemográfica general, relacionada con las actividades laborales que realizan el odontólogo y el trabajador social, del área de salud pública en el departamento de Caldas, mientras que el segundo momento presenta las FESP que ejercen estos profesionales en el desarrollo de su actividad laboral, de acuerdo con el Marco Regional de Competencias Esenciales de Salud Pública propuesto por la OPS.

Los profesionales se ubicaron laboralmente así: el 6,7 % en la secretaria departamental y el 33,3 % en la secretaria municipal de salud, tal cual se aprecia en la tabla 14.

Tabla 11. Procedencia de los participantes.

	Entidad	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Secretaría Departamental	6	66,7
	Secretaría Municipal	3	33,3
	Total	9	100,0

Fuente: Elaboración propia.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES Y ACTIVIDADES LABORALES

De los profesionales encuestados que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas el 22,2% correspondieron a hombres (un odontólogo y un trabajador social), y el 77,8% son mujeres, (cuatro odontólogas y 3 profesionales en trabajo social).

De los profesionales participantes en el estudio 5 son odontólogos, mientras que el 44,4% (cuatro) ha cursado estudios de pregrado en trabajo social.

Respecto al nivel de escolaridad se encontró que 4 profesionales tienen formación de posgrado en la modalidad de especialización y uno en maestría.

Tabla 12. Formación académica y escolaridad

		Escolaridad			Total
		Pregrado	Especialiación	Maestría	
Pregrado	ODONTOLOGIA	3	2	0	5
	TRABAJO SOCIAL	1	2	1	4
Total		4	4	1	9

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Formación académica por nivel de posgrado

		Nivel de Posgrado					Total
		ESP. EN GERENCIA EDUCATIVA	ESP. EN ADMINISTRACION	ESP. EN GESTION PUBLICA	ESP. GERENCIA EN SALUD	MAEST. EN JUSTICIA SOCIAL	
Pregrado	ODONTOLOGIA	0	1	0	1	0	5
	TRABAJO SOCIAL	1	0	1	0	1	4
Total		1	1	1	1	1	9

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al cargo desempeñado, dos odontólogos se encuentran en el área de salud oral, uno desempeña funciones de vigilancia epidemiológica en salud pública y uno tiene nombramiento como profesional universitario. Para el caso de los trabajadores sociales uno se desempeña como profesional de apoyo a víctimas del conflicto, dos como trabajador social asistencial y uno como profesional universitario.

Frente a la variable razones que motivaron la contratación se encontró que para el caso de los odontólogos uno fue como apoyo a la secretaria de salud del municipio, uno para asistencia técnica en salud bucal a todos los prestadores del municipio de Manizales, dos por necesidad del servicio y uno como odontólogo para la línea de salud oral. Para el caso de los trabajadores sociales uno fue contratado para coordinar la dimensión de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y tres por necesidad del servicio.

Respecto al tipo de funciones asociadas a la formación profesional de pregrado, se encontró que cinco odontólogos desempeñan ambas funciones (disciplinares y multidisciplinarias), mientras que para el caso de los trabajadores sociales dos realizan funciones disciplinares y dos realizan ambas funciones.

Tabla 14. Formación de pregrado y tipo de funciones.

		Tipo de Funciones		Total
		Disciplinarias	Ambas	
Pregrado	ODONTOLOGIA	0	5	5
	TRABAJO SOCIAL	2	2	4
Total		2	7	9

Fuente: Elaboración propia.

Para la variable formación de pregrado versus funciones que desarrolla, se encontró que, para el caso de los odontólogos, tres ejercen funciones administrativas, uno funciones directivas y uno funciones asistenciales, mientras para el caso de los trabajadores sociales se encontró que uno desempeña funciones directivas, uno funciones operativas y dos funciones asistenciales. Esto se puede apreciar en la tabla 18, donde se evidencia en términos porcentuales que el 11% de las personas encuestadas ejerce funciones de tipo operativo, el 33% administrativo, el 22% fue contratado para ejercer funciones directivas, y el 33 % cumple funciones de tipo asistencial.

Tabla 15. Tipo de Funciones desarrolladas por los equipos de salud pública.

	FUNCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	Administrativas	3	33,3
	Directivas	2	22,2
	Operativas	1	11,1
	Asistenciales	3	33,3
	Total	9	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la edad, se encontró que el promedio de los participantes se encuentra en 34 años, cuyo rango oscila entre los 27 y 47 años.

El 22,2 % de los profesionales participantes en el estudio, tienen entre 2 y 8 meses de experiencia en el cargo, el 66,7 % entre 8 y 14 meses, y el 11,1 % tiene entre 20 y 26 meses, con un promedio de tiempo en el cargo de 7,56 meses. Respecto a la modalidad de contratación se encontró que el 78% de los encuestados está empleado mediante contrato de prestación de servicios, mientras que el 22% está vinculado a través de contrato a término indefinido.

La tabla 16 muestra que un odontólogo y un trabajador social tienen contrato a término indefinido. Los demás profesionales están por prestación de servicios.

Tabla 16. Tipo de Funciones desarrolladas por los equipos de salud pública.

		Tipo de Contrato		Total
		Prestación de Servicios	de Indefinido	
Pregrado	ODONTOLOGIA	4	1	5
	TRABAJO SOCIAL	3	1	4
Total		7	2	9

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a otras profesiones que hacen parte de los equipos de salud pública, se encontró que estos corresponden a: fisioterapia, arquitectura, fonoaudiología y psicología. Igualmente se pudo apreciar como frente a la pregunta ¿Cómo llegó a su cargo? el 44,4% respondió que, por designación, mientras que los demás fueron vinculados por recomendación.

Con relación al salario, se encontró que el promedio de los encuestados tiene un ingreso mensual de \$ 2.780.000.

6.2 CESP QUE EJERCE EL GRUPO DE PROFESIONALES EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL, DE ACUERDO CON EL MRCEP PROPUESTO POR LA OPS

Se analizaron las FESP expresadas como dominios en función de la periodicidad (*no lo sé, nunca, algunas veces, casi siempre y siempre*) con la que cada profesional realiza o ejecuta cada función. Para el análisis de dominios, participaron cinco profesionales en odontología y cuatro en trabajo social.

6.2.1 Desempeño De Competencias Que Ejercen Los Odontólogos Del Equipo De Salud Pública Del Departamento De Caldas.

En las siguientes tablas se aprecia el desempeño de competencias para las profesiones citadas en el departamento de Caldas.

Tabla 17. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 1 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 1	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
1.1			1	20	4	80		
1.2			1	20	1	20	3	60
1.3					2	40	3	60
1.4			1	20	2	40	2	40
1.5			1	20	1	20	3	60
1.6			1	20	1	20	3	60
1.7					2	40	3	60
1.8					2	40	3	60
1.9			1	20	1	20	3	60

Fuente: Elaboración propia.

En las competencias del dominio 1 que va del 1.1 a 1.9 las puntuaciones promedio están entre casi siempre y siempre lo cual sugiere que los profesionales en odontología desarrollan en su ejercicio profesional el uso de 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, 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, desarrollando metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud y 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.

Igualmente se encontró que los odontólogos, cumplen competencias en realización de acciones en favor de la salud para diferentes audiencias y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento, transfieren conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión, capacitación en servicio y educación permanente de la fuerza de trabajo y de los actores clave e identifican mecanismos de

articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores clave y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y estadísticas de salud.

Tabla 18. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 2 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 2	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
2.1	0		1	20	0		4	80
2.2	0		1	20	2	40	2	40
2.3	0		0		3	60	2	40
2.4			0		4	80	1	20
2.5	0		2	40	2	40	1	20
2.6	1	20	1	20	1	20	2	40
2.7	0		2	40	0		3	60
2.8	1	20	1	20	2	40	1	20
2.9	1	20	1	20	1	20	2	40
2.10	2	40	1	20	2	40		
2.11	2	40	1	20	1	20	1	20
2.12	2	40	2	40	1	20		
2.13	2	40	1	20			2	40
2.14	2	40	2	40	1	20		

Fuente: Elaboración propia.

En las competencias del dominio 2, las puntuaciones promedio están entre casi siempre y siempre, lo cual sugiere que los profesionales en odontología desarrollan en su ejercicio profesional el escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

Tabla 19. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 3 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 3	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
3.1			1	20	3	60	1	20
3.2	1	20	1	20			3	60
3.3	1	20	1	20	2	40	1	20
3.4	1	20			2	40	2	40
3.5	1	20			3	60	1	20
3.6	1	20			2	40	2	40
3.7			2	40	1	20	2	40
3.8			2	40	1	20	2	40
3.9	1	20	1	20	1	20	2	40
3.10	1	20	1	20	2	40	1	20

Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia como el promedio de los datos se encuentran en casi siempre, esto indica que los odontólogos desarrollan en su ejercicio laboral 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.

Tabla 20. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 4 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 4	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
4.1			1	20	2	40	2	40
4.2			1	20	1	20	3	60
4.3			2	40			3	60
4.4					3	60	2	40
4.5			2	40	1	20	2	40

4.6	1	20	1	20	1	20	2	40
4.7	1	20	1	20	1	20	2	40

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se observa como los datos promedio se ubican en siempre, por lo tanto, los odontólogos desarrollan en su ejercicio laboral la 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. Además de tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.

Tabla 21. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 5 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 5	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
5.1					2	40	3	60
5.2					2	40	3	60
5.3			3	60			2	40
5.4			1	20	3	60	1	20
5.5			2	40	1	20	2	40
5.6			3	60	1	20	1	20
5.7					1	20	4	80
5.8			1	20	2	40	2	40

Fuente: Elaboración propia.

Las puntuaciones promedio del dominio 5 están entre Casi siempre y siempre lo que da a entender que los profesionales en odontología promueven en su ejercicio profesional el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.

Tabla 22. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 6 por los Odontólogos del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 6	No lo sé		Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
6.1	1	20			2	40	1	20	1	20
6.2	1	20			2	40	1	20	1	20
6.3					2	40	3	60		
6.4	1	20	3	60					1	20
6.5	1	20	1	20	1	20	2	40		
6.6	1	20			1	20	2	40	1	20
6.7					1	20	1	20	3	60
6.8	1	20	1	20	2	40	1	20		

Fuente: Elaboración propia.

El dominio 6 muestra puntuaciones promedio entre Algunas veces y Casi siempre, esto deduce que los profesionales tienen competencia en lo relacionado con la adopción del enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, 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. Además de utilizar como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica son acciones ejecutadas por los odontólogos.

6.2.2 Desempeño De Competencias Que Ejercen Los Trabajadores Sociales Del Equipo De Salud Pública Del Departamento De Caldas.

Tabla 23. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 1 por los Trabajadores Sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 1	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
1.1			1	25	4	100		
1.2			1	25			3	75
1.3					1	25	3	75
1.4			1	25	1	25	2	50
1.5			1	25	2	50	1	25
1.6					2	50	2	50
1.7					1	25	3	75
1.8			1	25			3	75
1.9			1	25	1	25	3	75

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la tabla anterior, las competencias del dominio 1, muestra puntuaciones promedio ubicadas en mayor cuantía en la categoría de siempre, lo cual sugiere que los Trabajadores sociales están en capacidad de 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, 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, desarrollando metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud y 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.

Tabla 24. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 2 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 2	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
2.1	1	25	2	50	1	25	0	
2.2	1	25	2	50	1	25	0	
2.3	0		1	25	2	50	1	25
2.4	0		2	50	2	50	0	
2.5	3	75	1	25	0		0	
2.6	1	25	0		3	75		
2.7	1	25	1	25	1	25	1	25
2.8	3	75	1	25				
2.9	2	50	1	25	1	25		
2.10	3	75	1	25				
2.11	4	100						
2.12	3	75			1	25		
2.13	3	75	1	25				
2.14	4	100						

Fuente: Elaboración propia.

Para el dominio 2, se observa que los datos se ubican en las categorías Nunca y Algunas Veces, lo cual sugiere que los Trabajadores sociales no tienen competencias para el 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. Esto incluiría también una limitante para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.

Tabla 25. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 3 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 3	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
3.1			0		2	50	2	50
3.2	0				2	50	2	50
3.3	0		1	25	2	50	1	25
3.4	1		25		2	50	1	25
3.5	1		25		2	50	1	25
3.6	0				2	50	2	50
3.7	0				2	50	2	50
3.8	0				2	50	2	50
3.9					2	50	2	50
3.10			1	25	2	50	1	25

Fuente: Elaboración propia.

En las competencias del dominio 3, el promedio de resultados está entre Casi siempre y siempre, lo que permite evidenciar que los trabajadores sociales realizan funciones asociadas a 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.

Tabla 26. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 4 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 4	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
4.1					3	75	1	25
4.2							4	100
4.3	1	25					3	75
4.4					2	50	2	50

4.5	1	25	3	75
4.6	2	50	2	50
4.7	1	25	3	75

Fuente: Elaboración propia.

Las puntuaciones promedio del dominio 4 se encuentran en la categoría Siempre, lo que permite evidenciar que los profesionales en trabajo social realizan gestiones de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas.

Tabla 27. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 5 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 5	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
5.1	1	25	1	25	1	25	1	25
5.2	1	25			2	50	1	25
5.3			1	25	2	50	1	25
5.4			1	25	2	50	1	25
5.5					2	50	2	50
5.6			1	25	2	50	1	25
5.7					2	50	2	50
5.8					1	25	3	75

Fuente: Elaboración propia.

En las competencias del dominio 4 presentan los mayores resultados asociados a la categoría Casi Siempre, lo que da a entender que los trabajadores sociales están en capacidad de promover el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.

Tabla 28. Porcentaje de desempeño de las competencias del Dominio 6 por los trabajadores sociales del equipo de salud pública del departamento de Caldas 2018.

Dominio 6	No lo sé		Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
6.1			1	25	2	50			1	25
6.2			1	25	2	50			1	25
6.3			2	50	1	25			1	25
6.4			3	75					1	25
6.5			3	75					1	25
6.6			2	50	1	25			1	25
6.7	1	25	1	25			1	25	1	25
6.8			3	75					1	25

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se observa que los resultados promedio se ubican en la categoría Nunca y Algunas Veces, lo que sugiere que los profesionales en trabajo social poco utilizan un enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, a pesar que el contexto laboral supone 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.

6.3 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 (tiempo1) 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 $0,05$ $P = < 0,05$

En el dominio 1 correspondiente a Análisis de Situación de Salud, No se observa que exista correspondencia entre las competencias y las variables profesión, funciones y tiempo en el cargo.

Tabla 29. Dominio 2. Vigilancia y control de riesgos y daños

Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.		Profesión		Funciones		Tiempo 1	
		χ^2	SIG	χ^2	SIG	χ^2	SIG
2.10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	2,115 ^a	,347	6,450 ^a	,375	12,750 ^a	,047
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.	3,600 ^a	,308	7,000 ^a	,637	27,000 ^a	,001
2.12	Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.	2,115 ^a	,347	3,600 ^a	,731	12,750 ^a	,047
2.13	Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.	2,115 ^a	,347	9,600 ^a	,143	12,750 ^a	,047
2.14	Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.	3,600 ^a	,165	4,000 ^a	,677	18,000 ^a	,006

Fuente: Encuesta de caracterización, elaboración propia SPSS 2017.

En el dominio 2 correspondiente a Vigilancia y control de riesgos y daños se observa que las competencias 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14 muestran asociación con la variable profesión.

Es importante resaltar que en el dominio 3 referente a Promoción de la salud y participación social, no se encontró asociación entre las competencias y las variables profesión, tiempo y funciones.

Tabla 30. Dominio 4. Políticas, planificación, regulación y control

Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.		Profesión		Funciones		Tiempo 1	
		χ^2	SIG	χ^2	SIG	χ^2	SIG
4.3	Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.	2,925 ^a	,232	14,000 ^a	,030	4,750 ^a	,576

Fuente: Encuesta de caracterización, elaboración propia SPSS 2017.

En el dominio 4 de Políticas, planificación, regulación y control, se observó que existe correspondencia únicamente para la competencia 4.3.

Tabla 31. Dominio 5. Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos

Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.		Profesión		Funciones		Tiempo 1	
		χ^2	SIG	χ^2	SIG	χ^2	SIG
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.	1,440 ^a	,487	5,600 ^a	,469	14,000 ^a	,030

Fuente: Encuesta de caracterización, elaboración propia SPSS 2017.

Para el dominio 5 referente a Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos, sólo se encontró correspondencia entre la competencia 5.8 y la variable tiempo en el cargo.

Tabla 32. Dominio 6. Salud internacional y salud global

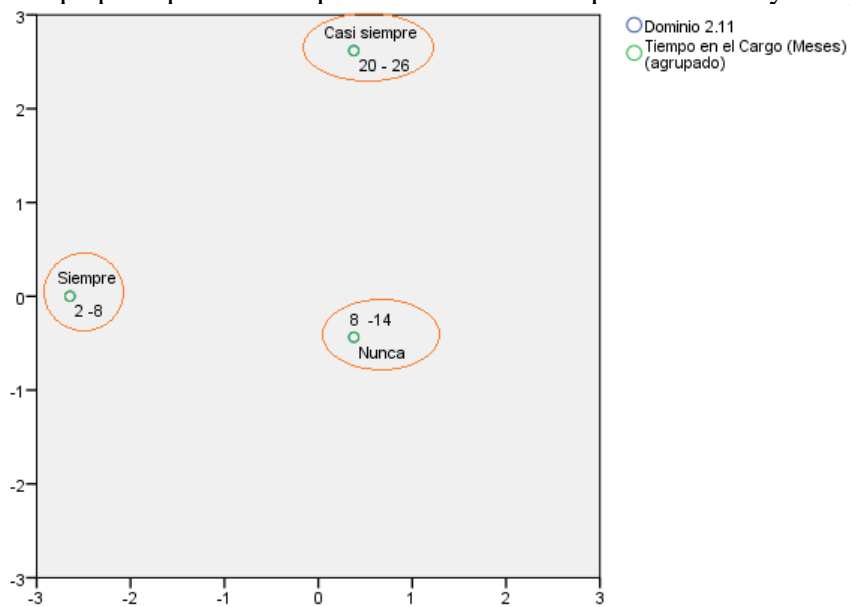
Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que, con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.		Profesión		Funciones		Tiempo 1	
		χ^2	SIG	χ^2	SIG	χ^2	SIG
6.1	Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	2,925 ^a	,570	21,000 ^a	,050	12,000 ^a	,446
6.2	Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.	2,925 ^a	,570	21,000 ^a	,050	12,000 ^a	,446

Fuente: Encuesta de caracterización, elaboración propia SPSS 2017.

En el dominio 6 correspondiente a Salud internacional y salud global, se observó correspondencia entre la variable funciones del cargo y las competencias 6.1 y 6.2.

Una vez establecida la asociación entre las variables se realizaron mapas perceptuales para identificar y visualizar la correspondencia entre las categorías de las variables asociadas. Se destaca que el dominio 1 correspondiente a 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, no mostró ningún tipo de asociación. Tampoco se evidenció correspondencia entre las competencias en salud y la variable formación de pregrado.

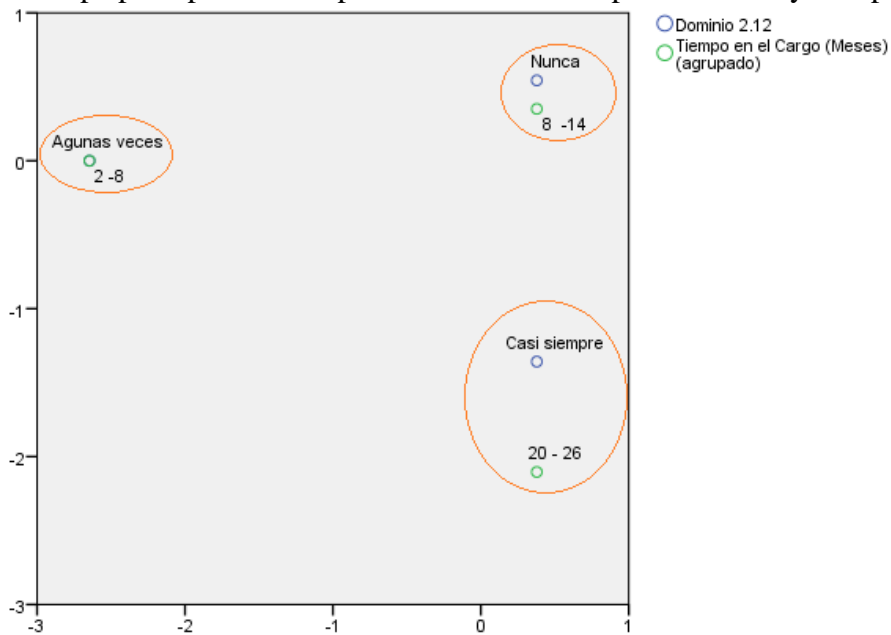
Ilustración 6. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.11 y tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia.

La anterior ilustración indica que a mayor tiempo en el cargo, mayor es el cumplimiento de la competencia referente al diseño de planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.

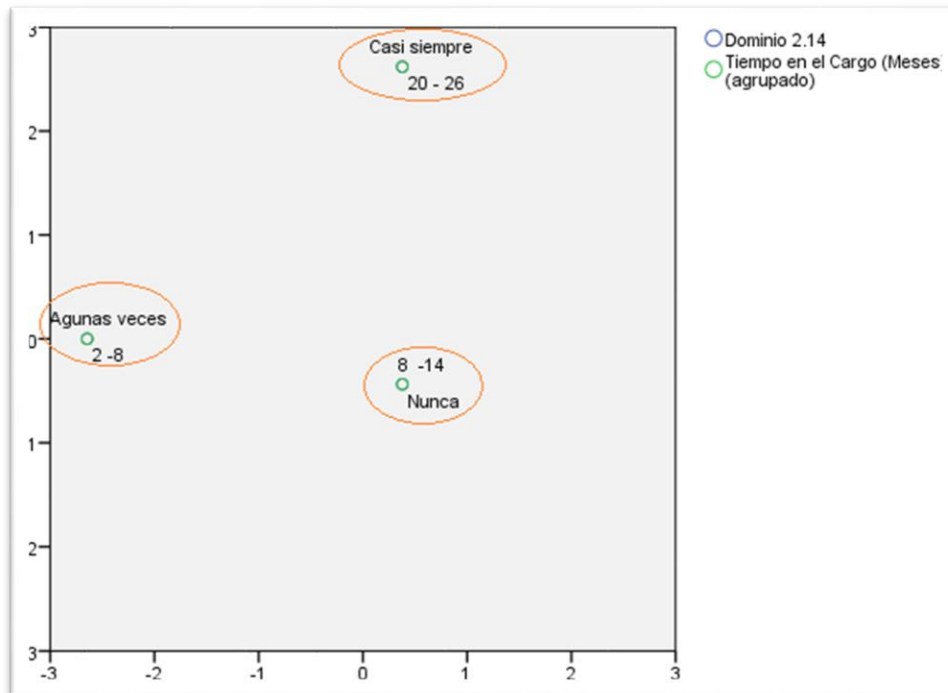
Ilustración 7. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.12 y tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia como los profesionales que llevan mayor tiempo en el cargo son quienes cumplen en mayor cuantía la competencia encargada del diseño de proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.

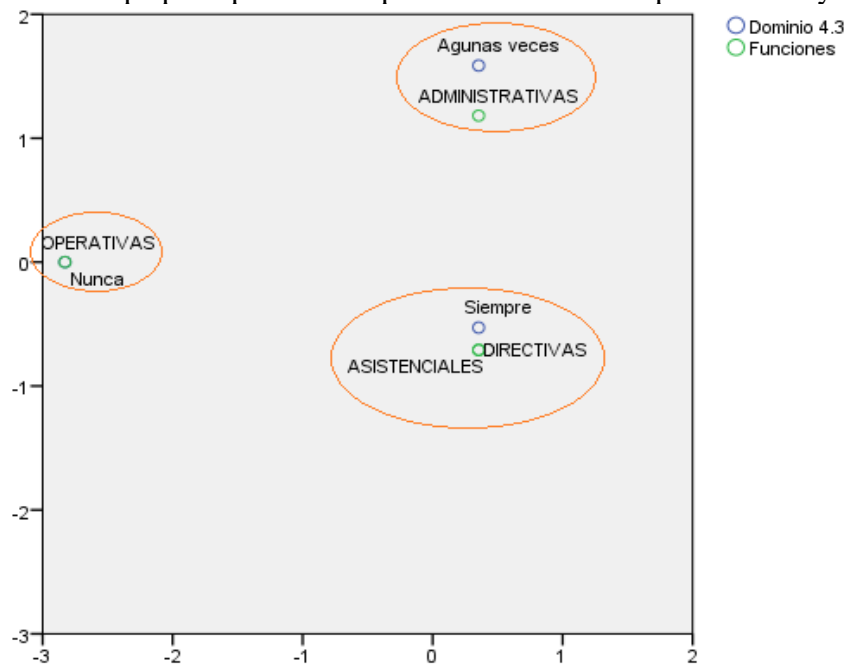
Ilustración 8. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 2.14 y tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia.

Para la competencia 2.14 planificar y ejecutar la reconstrucción post-desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población, se encontró correspondencia entre casi siempre para quienes llevan en el cargo entre 20-26 meses y entre 2-8 meses respectivamente.

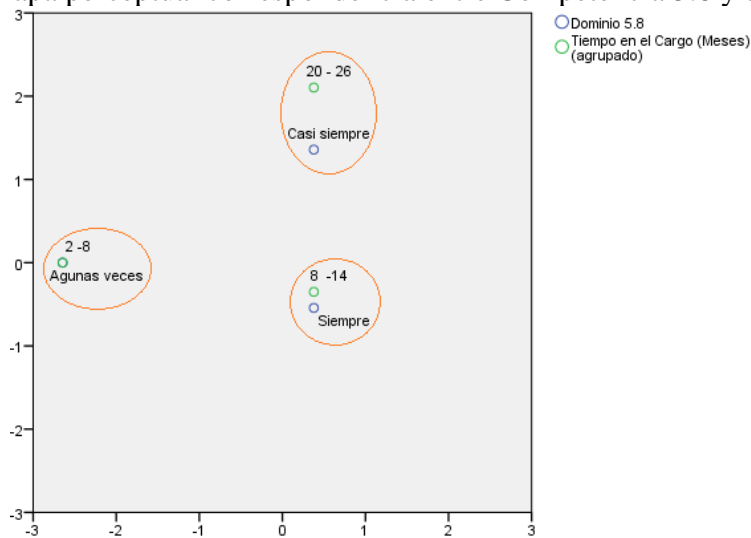
Ilustración 9. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 4.3 y funciones



Fuente: Elaboración propia.

En la ilustración anterior se observa como quienes realizan funciones asistenciales y operativas siempre cumplen con las competencias del dominio referentes a Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud.

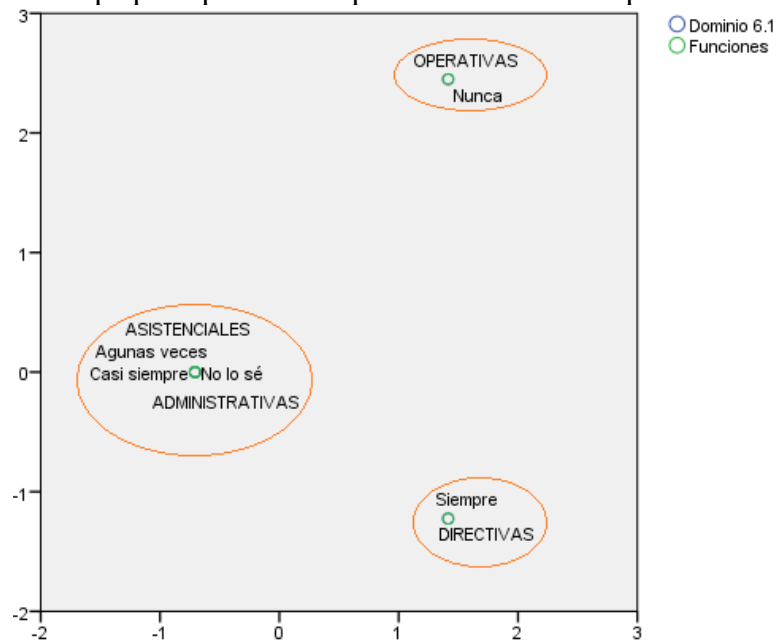
Ilustración 10. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 5.8 y tiempo en el cargo



Fuente: Elaboración propia.

Se puede evidenciar como los profesionales que llevan mayor tiempo en el cargo, se agrupan en la categoría de casi siempre, respecto a la capacidad de 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, es decir que quienes llevan mayor tiempo en el cargo son quienes casi siempre cumplen con esta competencia.

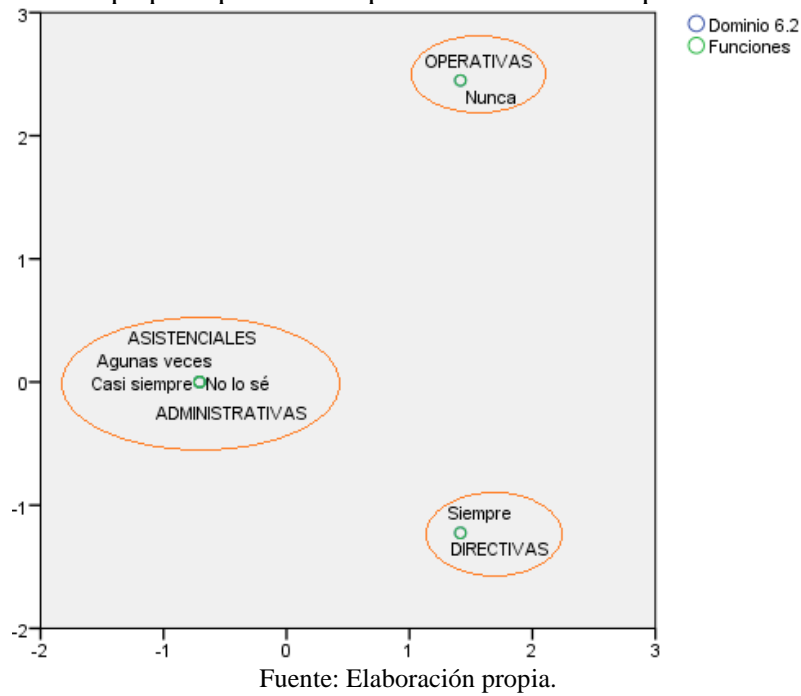
Ilustración 11. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 6.1 y funciones.



Fuente: Elaboración propia.

Para la competencia 6.1 referente a Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global, se encontró que los profesionales que siempre realizan estas competencias son quienes tienen funciones de tipo directivas.

Ilustración 12. Mapa perceptual correspondencia entre Competencia 6.2 y funciones



En cuanto a la competencia 6.2 correspondiente a 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, se encontró igualmente que los profesionales que siempre cumplen con esta competencia son quienes realizan funciones de tipo directivas.

7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las profesiones y ocupaciones que conforman el talento humano en salud en Colombia, están siendo objeto de un conjunto de transformaciones sociales, económicas y políticas que afectan su ejercicio laboral. Así en la década de los años 90, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por la Ley 100 de 1993, se estableció una nueva estructura de servicios de atención en salud con base en el aseguramiento obligatorio de la población colombiana. Nacieron entonces las ya conocidas figuras de las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud para asegurar y prestar los servicios de salud; por consiguiente, se ha desarrollado de manera predominante en este complejo escenario institucional en los últimos años. Respecto a lo cual Frenk (52), plantea que escenarios como este han permitido percibir la salud pública como un subsistema separado de los servicios de salud brindados por el estado, que dificultan su ejercicio desde la promoción de la salud a través de los cambios de los estilos de vida.

Los resultados en el estudio de correspondencia entre las funciones esenciales de salud pública y las competencias laborales de los profesionales en odontología y trabajo social, que conforman el equipo local de salud pública en el departamento de Caldas, muestran que existe correspondencia sólo en algunas competencias, esto asociado probablemente al tipo de estructura curricular y al perfil profesional propio de cada institución universitaria de origen de cada encuestado, lo cual se encuentra en concordancia con lo planteado por Irigoien (21), Peralta (53) y el observatorio laboral y ocupacional colombiano (23) respecto a las características de los perfiles institucionales de pregrado. Por otro lado Davó-Blanes (54) encontró que respecto a las competencias y contenidos comunes de salud pública del grado en medicina en las universidades españolas, el mayor número de competencias identificadas correspondió a actividades de las funciones «Valorar las necesidades de salud de la población» y «Desarrollar políticas de salud».

La comisión sobre la educación de los profesionales de la salud para el Siglo XXI se reunió para desarrollar una visión compartida y una estrategia común para la educación en medicina, ofrece una visión que llama a promover un aprendizaje transformativo que propende por la interdependencia en la educación (55).

Se destaca dentro de los aspectos sociodemográficos que un 44,4% de los profesionales continúan con procesos de formación académica de posgrado, lo que se encuentra probablemente

asociado a la ubicación de los participantes, los cuales viven en la capital del departamento. Martínez (56) encontró que existen diferentes corrientes y tendencias de pensamiento a nivel internacional en la formación de postgrado en Salud Pública; esto implica que se debe profundizar en el vínculo de la teoría con la práctica y la realidad nacional e internacional, y hacer énfasis en los cambios políticos y la influencias de éstos en el enfoque salubrista que garantice la verdadera transformación social.

Respecto a la forma de vinculación de los profesionales a los equipos de salud pública, se encontró que el 55% llegó por recomendación, lo que evidencia que existen pocos procesos de convocatoria pública, que permitan enriquecer dichos equipos de una forma más amplia, lo que se vio reflejado en los hallazgos donde para el 78% de los encuestados predominó la modalidad de contratación de prestación de servicios, lo que se relaciona con lo reportado por Rey-Gamero y Acosta-Ramírez (1), quienes encontraron que el tipo de contratación contribuye a una alta rotación del talento humano asociado a factores estructurales como políticas de flexibilización laboral con contratos de corta duración que dificultan la continuidad de los procesos.

Respecto a la edad, se encontró que el promedio de los participantes se encuentra en 34 años, cuyo rango oscila entre los 27 y 47 años, estos resultados coinciden con el estudio desarrollado por Monsalve (57), quien reporta que “más del 65% del talento humano en salud corresponde a personas menores de 40 años”. El ministerio de salud y protección social de Colombia (58) encontró que en general, el talento humano en salud del país corresponde a población joven. El 47,9% del talento humano disponible estimado corresponde a personas menores de 35 años, mientras que el 14,1% corresponde a mayores de 49 años.

En cuanto a las profesiones estudiadas a pesar que la literatura nacional e internacional relaciona los perfiles y competencias, no existe claridad o relación de éstos con algunas de las funciones que deben desempeñar en el ejercicio de la salud pública, elemento éste que se vio reflejado durante la entrevista con cada uno de los participantes. Esto en detrimento a lo planteado por Grau(59) quien considera que el ejercicio de la salud pública debe abordarse desde la multi y transdisciplinariedad que concuerda con “El llamado a la acción de Toronto” (60) en el cual se aboga por la participación de múltiples actores y se convoca a valorar el recurso humano en salud respecto al rol que deben desempeñar en la construcción de políticas y programas de salud que propendan por el bienestar colectivo de las comunidades; haciéndose un llamado a la interacción

de las instituciones formativas en salud para orientar la formación del talento humano hacia un modelo de atención universal, equitativa y de calidad acorde a las necesidades de salud de la población.

La política nacional de talento humano en salud (58), encontró que para el año 2016, el talento humano en salud disponible en el país se estimó en más de 563 mil personas, integrado en un 55% por profesionales y especialistas y en un 45% por técnicos, tecnólogos y auxiliares. En donde las profesiones identificadas corresponden a: medicina, enfermería, odontología, terapias, bacteriología, nutrición y dietéticas y química farmacéutica, respectivamente.

Hallazgos de Molina-Marím et al (61), sugieren que la mayor parte del personal vinculado a servicios y programas de salud pública tenía formación en medicina, enfermería y odontología, con condiciones laborales problemáticas dado que predomina la contratación de corto plazo y la cobertura en capacitación en salud pública era baja, lo cual se encuentra en concordancia con el presente estudio en donde el 77,8 % de los profesionales participantes manifestaron tener contrato mediante la modalidad de prestación de servicios, con un promedio de permanencia en el cargo de 7,5 meses.

Respecto al análisis de correspondencia de las competencias en salud pública, se encontró que las variables funciones y tiempo en el cargo, son las que presentan mayor asociación en las categorías siempre y casi siempre, en concordancia con Urbina (62), quien encontró que la integración de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, aptitudes y motivaciones conducentes a un desempeño adecuado y oportuno, también responde a las funciones y tareas de un profesional para desarrollarse idóneamente en su puesto de trabajo y es el resultado de un proceso relacionado con la experiencia, capacitación y calificación asociadas con el tiempo de permanencia en el cargo.

8 CONCLUSIONES

De los participantes del equipo de salud pública del departamento de Caldas se encontró que el 77,8% correspondieron a mujeres, mientras que únicamente el 22,2% fueron hombres. Para la variable nivel de escolaridad, destaca que sólo el 11,1% de los participantes tenían nivel de formación en la modalidad de maestría.

Los profesionales que ejercen labores en Salud Pública en el departamento de Caldas, 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.

La mayoría de los encuestados (55,6%) llegaron al cargo por recomendación.

La remuneración económica que recibe el 66,7% de los profesionales encuestados oscila entre \$ 3.400.000 y \$ 4.000.000 mensual.

Los odontólogos y trabajadores sociales están en capacidad de utilizar estadísticas vitales e indicadores básicos de salud para la generación de evidencias sobre la situación de salud de la población en situación de vulnerabilidad y riesgo, lo que les permite tener prioridades en la demanda de los servicios de salud.

Para las competencias del dominio 2 correspondientes 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, se encontró que los Trabajadores sociales no cuentan con esta competencia.

Los profesionales en trabajo social poco utilizan un enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, a pesar que el contexto laboral supone un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud.

Los odontólogos y trabajadores sociales que integran los equipos de salud pública en el departamento de Caldas con mayor tiempo en el cargo y con funciones de tipo directivo, tienen mayor cumplimiento de las competencias laborales y competencias esenciales en salud pública.

No se observó correspondencia estadística entre las competencias de dominio 1, referentes a Análisis de Situación de Salud para las variables variables profesión, funciones y tiempo en el cargo.

Existe correspondencia entre la variable profesión (odontología y trabajo social) y las competencias referentes a Vigilancia y control de riesgos y daños.

No existe asociación o correspondencia entre las competencias del dominio 3 referente a Promoción de la salud y participación social con las variables profesión, tiempo y funciones.

9 RECOMENDACIONES

Es importante caracterizar mediante estudios con diseños metodológicos similares, la correspondencia entre competencias esenciales de salud pública y las funciones laborales que se encuentran realizando todos los profesionales del sector salud en Colombia a fin de brindar acervo teórico respecto a la necesidad de hacer ajustes a las mallas curriculares de las instituciones de educación superior, que permitan prestar un mejor servicio a las comunidades basados en las competencias y perfil académico de cada profesional.

El plan decenal de salud pública representa no solo un reto sino también una oportunidad para fortalecer el trabajo mancomunado desde la perspectiva de la disciplinaria y la multidisciplinaria propendiendo por un trabajo cooperativo entre diferentes tipos de profesionales y tópicos del conocimiento que permitan alcanzar un abordaje holístico de las diferentes situaciones problemáticas en la salud de las poblaciones. En este contexto se recomienda que cada equipo de salud pública de las diferentes secretarías, tanto del orden departamental como municipal, incorporen diferentes perfiles y profesiones en los procesos de contratación.

Es importante que las entidades encargadas de la administración de los servicios de salud pública, consideren como requisito para desempeñar sus cargos, que al menos pueda contar con un pregrado en áreas relacionadas con las dimensiones estipuladas en el Plan Decenal Salud Pública 2012- 2021 y con las Competencias Esenciales en Salud Pública propuestas por la Organización Panamericana de la Salud.

Es conveniente que el sector académico convierta el presente material de investigación en un antecedente teórico con un enfoque especialmente pragmático en cuanto a las competencias que se deberán desarrollar en los diferentes programas académicos relacionados con la salud pública.

Los resultados presentados permiten contar con información actualizada respecto a la correspondencia de las profesiones abordadas alrededor de las funciones del talento humano en salud en Colombia, lo cual permite hacer evidente la necesidad de avanzar en la estructuración del Sistema de Información para el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.

10 BIBLIOGRAFIA

1. Rey-Gamero AC, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 21];12(25):28–39. Available from: <https://www.redalyc.org/html/545/54529181003/>
2. (Ministerio de salud y protección social). Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
3. Cecilia M, Buriticá A, Eugenia M, 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 [Internet]. 2005 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a13.pdf>
4. (Organización Mundial de la Salud). METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015 [Internet]. Washington; 2007 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://observatorisp.org>
5. Agudelo-Calderón CA, Ubaque JCG, Robledo-Martínez R, Caicedo CH. Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. RESÚMENES FORO DE EXTENSIÓN “SALUD Y CALIDAD DE VIDA” Caracterización [Internet]. 2013 Nov 1 [cited 2018 Dec 16];61(1):SXIX. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/42739>
6. Mosquera Bahamón Y. Caracterización ocupacional del psicólogo en el área de salud pública en el departamento del Huila [Internet]. Universidad Autónoma de Manizales; 2015 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/106>
7. Agudelo, Andrés Alonso HEM. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un

- análisis crítico. Eneo-Junio 2009 [Internet]. 2008;8(16):91–105. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a06.pdf>
8. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. S, Tirado Amador LR, Vidal Madera Anaya M. Odontología con enfoque en salud familiar Family health-focused dentistry. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 1988;40(3):397–405. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 9. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011 POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. 2011;
 10. Eaton KA. Global oral public health, The current situation and recent developments. *Journal of Public Health Policy*. 2012;33(4):492–492.
 11. Rodríguez Alava LA, Loo Lino L, Anchundia Anchundia VI. LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CAMPO DE SALUD. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 14]; Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>
 12. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Ronda E, Ortiz-Moncada R, et al. Quienes y que pueden hacer en salud pública. Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 16];23(1):5–12. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100002&lng=es.
 13. Gonzales Hoyos C, Rodriguez Hoyos C, Rodriguez Salazar N, Fuentes Macias A, Torralba oval E, Roldan Ramirez E. Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano. Perfiles y Competencias básicas del trabajador social. [Internet]. Bogotá; 2014. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano_Octubre2014.pdf
 14. Sánchez GonzálezZ CL, Moreno Mendez W, Herrera Marquez AX. COMPETENCIAS

PROFESIONALES Y SU VINCULACIÓN CON EL MERCADO LABORAL EN LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA, UNAM [Internet]. X congreso nacional del investigación Educativa. [cited 2019 Apr 14]. p. 14. Available from: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_02/ponencias/1157-F.pdf

15. Cámara Seba A. PROYECTO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL YUCATÁN – MÉXICO-. FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL - SECRETARÍA DE SALUD DEL YUCATÁN - UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB – DIF YUCATÁN [Internet]. UNIVERSIDAD DE SEVILLA; 2015 [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://masterodontologia.com/wp-content/uploads/2017/06/PROYECTO-DE-ODONTOLOGIA-SOCIAL-EN-YUCATAN.-TESIS-DOCTORAL.-ALEJANDRO-CAMARA-SEBA.pdf>
16. (Consejo Federal de Servicio Social/). Texto preliminar para la definición de trabajo social de la Federacion Internacional de Trabajadores Sociales. [Internet]. 2011. p. 1. Available from: http://www.cfess.org.br/arquivos/nova_definicao_ss_fits_esp.pdf
17. Luna EL, Chaparro Maldonado MY. COMPETENCIAS LABORALES DEL TRABAJADOR SOCIAL VISTAS DESDE EL MERCADO LABORAL (parte A). Tabula Rasa [Internet]. 2006 [cited 2019 Apr 14];5:16. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600514>
18. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas, 2017. Journal of Chemical Information and Modeling. 2017;53(9):1689–99.
19. Castilla H MÁ, Guerra B MF, Villadiego P EM. SALUD PÚBLICA: UN CAMPO DE CONFRONTACIÓN DEL PARADIGMA DISCIPLINAR Y TRANSDISCIPLINAR. Revista Avances en Salud [Internet]. 2018 Oct 30 [cited 2019 Jan 5];2(2). Available from: <http://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1457>
20. Cabrera Dokú K, Gonzáles F. LE. Currículo universitario basado en competencias [Internet].

Barranquilla: Ediciones Uninorte; 2006 [cited 2019 Apr 16]. 445 p. Available from: https://books.google.com.co/books?id=ICNCJubGLmsC&pg=PA55&lpg=PA55&dq=El+enfoco+de+competencia+laboral+en+la+perspectiva+internacional,+en+Formaci3n+basada+en+competencia+laboral..+1996..&source=bl&ots=wHSKIYy_TD&sig=ACfU3U0U4QOcvOLOkjtTGqYF9XzjtWrzMA&hl

21. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud [Internet]. Primera. (Cinterfor), editor. Montevideo; 2002. 252 p. Available from: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
22. Ricardo Luna LM, Ordosgoitia Osorio E, Simancas Mendoz E, Correa Mosquera NR. LA ODONTOLOGÍA, LA HISTORIA DESDE SUS INICIOS HASTA SU INGRESO A LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, UNA OPCIÓN DE FORMACIÓN SUPERIOR EN LA REGIÓN CARIBE [Internet]. Universidad de Cartagena. 2003 [cited 2019 Apr 16]. p. 46. Available from: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/1115/1/odontologia.pdf>
23. Observatorio Laboral para la Educación. PERFIL ACADÉMICO Y CONDICIONES DE EMPLEABILIDAD DE LOS GRADUADOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR 2001 - 2010 [Internet]. MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL VICEMINISTERIO DE EDUCACION SUPERIOR. 2001 [cited 2019 Apr 16]. Available from: www.graduadoscolombia.edu.co
24. Arza Bernal CK. PROFESIONALES EN ODONTOLOGIA ANALISIS DEL ROL DESEMPEÑADO [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada. Universidad Militar Nueva Granada; 2017. Available from: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16662/ArizaBernalClaudiaKatherine2017.pdf?sequence=1>
25. Reyes Gallego AC. CORRESPONDENCIA ENTRE LAS COMPETENCIAS LABORALES Y LAS COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DE LOS ODONTÓLOGOS Y MÉDICOS VETERINARIOS QUE INTEGRAN LOS EQUIPOS DE SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO 2016 - 2017 [Internet]. Universidad Autonoma de Manizales; 2018. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n1/v7n1a8.pdf>

26. CABRERA ARANA G, MARÍN MOLINA G, TEJADA RODRÍGUEZ C. Base Teórica en una Muestra de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia, Colombia 1965-2004. *REVISTA DE SALUD PUBLICA*. 2005;7(1):99–111.
27. Herazo Acuña B. Opciones profesionales y laborales del odontólogo [Internet]. Ecoe Ediciones; 2011 [cited 2019 Apr 16]. 148 p. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=0Ns3DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Herazo+Acuña+B.+Opciones+profesionales+y+laborales+del+odontólogo.+Primera+Ed.+Ecoe+ediciones,+editor.+Bogotá+D.C.+2011.&ots=OwM5YBa5mJ&sig=7ea8XogVV7lmo_Siu1-8DBQnFtA#v=onepage&q
28. Birkhead GS, Davies J, Miner K, Lemmings J, Koo D. Developing Competencies for Applied Epidemiology: From Process to Product. *Public Health Reports* [Internet]. 2017;123(1_suppl):67–118. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/00333549081230S114>
29. Del Valle A, Ramella MS. DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES: DE LA RECONCEPTUALIZACIÓN AL MÉTODO CRÍTICO. UN VIAJE DE VIDA [Internet]. Universidad Nacional del Mar de Plata. 2010. p. 1–22. Available from: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/viewFile/5274/4633>
30. Calvo-Rojas V. El objeto de estudio en trabajo social: una visión desde El psicoanálisis, la ley y la Estructura. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* [Internet]. 2010;X(2):9–20. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161015612002.pdf>
31. Zamanillo Peral T. Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social* [Internet]. 1999;12:13–32. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/38812941.pdf>
32. Raya-Diez E, Caparros-Civera N. Del objeto de estudio para la intervención en Trabajo Social. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 2014;(3):173–9.

33. Marta R, Habitt J. Perfil Ocupacional Del Quehacer [Internet]. Universidad de Costa Rica. p. 1–15. Available from: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000164.pdf>
34. Sandoval F, Montaña N, Miguel V, Ramos E. Gestión de perfiles de cargos laborales basados en competencias. Revista Venezolana de Gerencia [Internet]. 2012;17(60):675. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/290/29024892006.pdf>
35. Agudelo Calderon CA, Garcia Ubaque JC, Martinez Robledo R, Caicedo CH. Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia- informe final. [Internet]. Bogotá; 2013. Available from: <https://repositorio.sena.edu.co/bitstream/11404/2157/1/3092.pdf>
36. Mertens L. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Revista Contaduría y Administración. 1999;(195):195.
37. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo [Internet]. 2000 [cited 2019 Apr 16]. p. 3. Available from: <https://www.oei.es/historico/oeivirt/fp/03a01.htm>
38. López Ortega A. El Enfoque por Competencias en la Educación. Universidad de Guadalajara [Internet]. 2008;(1996):434–8. Available from: [http://files.cer-lacandelaria.webnode.es/200000332-e2d38e3cd7/SABER HACER EL_ENFOQUE_POR_COMPETENCIAS_EN_EDUCACION.pdf](http://files.cer-lacandelaria.webnode.es/200000332-e2d38e3cd7/SABER_HACER_EL_ENFOQUE_POR_COMPETENCIAS_EN_EDUCACION.pdf)
39. Soto A. Recursos Humanos en Salud. RevPerú Exp Salud Pública [Internet]. 2011;28(2):173–4. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000200001&script=sci_arttext&tlng=en
40. Suarez Conejero J, Godue C, Garcia Gutierrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias Esenciales En Salud Pública : Un Marco Regional. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013;34(3):47–53. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n1/47-53/es>
41. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.a Sesión del Comité Regional [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 16]. p. 2.

Available from:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=754:2007-27th-pan-american-sanitary-conference-59th-session-regional-committee&Itemid=2105&lang=es

42. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo CG de, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2000 Aug [cited 2019 Apr 17];8(1–2):126–34. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Franco Giraldo A. Seguridad Social y Salud en Colombia Estado de la Reforma. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2000;2(1):1–16. Available from:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/22189/1/18768-61754-1-PB.pdf>
44. Republica de Colombia, CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1751 de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 16]. p. 13. Available from:
<https://www.google.com/search?q=Ley+1751+de+2015&oq=Ley+1751+de+2015&aqs=chrome..69i57j69i60j0l4.446j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
45. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007 [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 17]. p. 30. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf
46. Ministerio de la protección social República de Colombia. DECRETO 860 DE 2008 [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 17]. p. 3. Available from:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D0860008.pdf>
47. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL República de Colombia. DECRETO 1730 DE 2008 [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 17]. p. 3. Available from:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1730008.pdf>
48. EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL República de Colombia. RESOLUCIÓN 0429 DE 2016 [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 17]. p. 6. Available from:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0429 de 2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf)

49. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. DECLARACION DE ALMA-ATA [Internet]. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. 2012 [cited 2019 Apr 17]. p. 3. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
50. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY NÚMERO 1122 DE 2007 [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 17]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
51. Republica de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. (4 de Octubre de 1993). Ministerio de Salud [Internet]. Vol. 1, Ministerio de Salud. 1993 [cited 2018 Dec 16]. p. 12. Available from: https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf
52. Frenk J. La salud de la población. [Internet]. FCE - Fondo de Cultura Económica; 2016 [cited 2019 Jan 5]. 127 p. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=IV-_DAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT34&dq=la+psicología+de+la+salud+y+sus+funciones,+incluye+acciones+específicas+en+prevención+y+promoción,+así+como+la+formulación+de+políticas+sanitarias+que+trasciendan+una+visión+molecul
53. Biomedicina EP-, 2006 undefined. Salud Pública Veterinaria en el siglo XXI. procesoscelulares.pbworks.com [Internet]. [cited 2018 Dec 16]; Available from: <http://procesoscelulares.pbworks.com/f/salud+pub+veterinaria.pdf>
54. Davó-Blanes MC, Vives-Cases C, Barrio-Fernández JL, Porta M, Benavides FG, Miguel ÁG de, et al. Competencias y contenidos comunes de salud pública del Grado en Medicina en las universidades españolas. Gaceta Sanitaria. 2016;30(2).
55. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: Transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Educacion Medica. 2015;16(1).

56. Martínez Cruz E, Pérez Cárdenas M, Díaz LLanes G. ESTADO ACTUAL EN LA FORMACION ACADEMICA DE POSTGRADO EN SALUD PUBLICA EN HISPANOAMERICA. Rev haban cienc méd [Internet]. 2007;6(4):1–10. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400006

57. Monsalve Ortiz LC, Cubides Zambrano JH, Restrepo Miranda DA. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información y registro único nacional [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacio-n-talento-humano-en-salud.pdf>

58. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud [Internet]. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. 2018. p. 84. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

59. Grau Abalo Edelsys Hernández Meléndez JA. PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ASPECTOS HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES [Internet]. Jarana. Guadalajara: Simón; 1990 [cited 2018 Dec 16]. Available from: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%25C3%258DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%25C3%2593RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

60. OPS OP de la salud. LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO [Internet]. Toronto; 2006 [cited 2018 Dec 16]. Available from: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=561-llamado-a-la-accion-de-toronto-2006-2015-hacia-una-decada-de-recursos-humanos-en-salud-para-las-americas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493

61. Molina-marím G, Oquendo-lozano T, Rodríguez-garzón S, Montoya-gómez N. Gestión del talento humano en salud pública . Un análisis en cinco ciudades colombianas , 2014. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2016;15(30). Available from: <https://www.redalyc.org/html/545/54546742008/>

62. Urbina Laza O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2010;36(2):165–74. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu11210.pdf>

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

Documento de Identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:

HUELLA



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 2. Cuestionario sociodemográfico

Formato N° _____



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: Cargo desempeñado en la entidad:	
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: \$ _____ Llegó a su cargo por: <input type="checkbox"/> 1. Convocatoria <input type="checkbox"/> 2. Designación <input type="checkbox"/> 3. Recomendación	
Razones de su contratación:					
Principales funciones que desempeña en ese cargo:				Sus funciones son: <input type="checkbox"/> 1. Disciplinares <input type="checkbox"/> 2. Multidisciplinares <input type="checkbox"/> 3. Ambas	
Qué otras profesiones o disciplinas integran el equipo					

Anexo 3. Instrumento para identificar las competencias esenciales en salud pública que desempeñan los profesionales que participan en este estudio

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 necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.					
1.4	Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales que se genere a través de la investigación.					
1.5	Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento					
1.6	Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud					
1.7	Transferir conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión capacitante, capacitación en servicio y educación permanente de la fuerza de trabajo y de los actores claves.					
1.8	Identificar mecanismos de articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores claves y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y las estadísticas de salud desde el nivel local hasta el nivel global.					
1.9	Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población					
DOMINIO 2: VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS.						
	Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE

comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud						
2.1	Analizar las amenazas riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo Sistema de Vigilancia y Control de riesgos y Daños en Salud pública.					
2.2	Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública					
2.3	Realizar el seguimiento de los riesgos, las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.					
2.4	Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.					
2.5	Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.					
2.6	Articular las acciones vigilancia y respuesta con los diferentes niveles sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.					
2.7	Comunicar la información relevante de la vigilancia, a los diversos actores del sistema y la población, para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.					
2.8	Realizar investigación biomédica, socio-demográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos y amenazas y daños en salud así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.					
2.9	Evaluar los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.					
2.10	Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.					
2.11	Diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.					
2.12	Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud.					
2.13	Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo a la estimación del riesgo para proteger la salud.					
2.14	Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo a la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.					
DOMINIO 3: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.						
La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales,		NUNC A	ALGUNA S VECES	CASI SIEMPR E	SIEMPR E	

	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.						NO LO SE
3.1	Valorar el enfoque y el alcance de la Promoción de la Salud, diferenciándolo de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad.						
3.2	Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas basadas en los determinantes sociales.						
3.3	Analizar las relaciones de complementariedad entre la Educación para la Salud y la Alfabetización en Salud para establecer mejores prácticas de Promoción de la Salud.						
3.4	Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.						
3.5	Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.						
3.6	Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.						
3.7	Desarrollar estrategias con el enfoque de Promoción de la Salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.						
3.8	Evaluar la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida.						
3.9	Promover la creación y fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.						
3.10	Participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidos a las comunidades y los tomadores de decisiones para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.						
DOMINIO 4: POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL.							
Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de		NUNC A	ALGUNA S VECES	CASI SIEMPR E	SIEMPR E		

nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos.						NO LO SE
4.1	Aplicar los fundamentos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho fundamental a la salud.					
4.2	Proteger en toda política pública sectorial o extrasectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.					
4.3	Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinaciones para mejorar el desempeño, la equidad y la inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.					
4.4	Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.					
4.5	Liderar grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en Salud Pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales.					
4.6	Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desempeño de los sistemas de salud.					
4.7	Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.					
<p align="center">DOMINIO 5: EQUIDAD EN EL ACCESO, Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS.</p> <p>Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.</p>		NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
5.1	Respaldar los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones de salud para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.					
5.2	Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de la provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.					

5.3	Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.					
5.4	Promover garantías de calidad en los servicios de salud acordes con estándares de seguridad en la gestión y prácticas asistenciales, para reducir las brechas e inequidades existentes en la atención de salud a la población.					
5.5	Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención, para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a los problemas de salud de la población.					
5.6	Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.					
5.7	Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.					
5.8	Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.					
	DOMINIO 6: SALUD INTERNACIONAL Y SALUD GLOBAL. Es el enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que, con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica.	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	NO LO SE
6.1	Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.					
6.2	Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.					
6.3	Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza transnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.					
6.4	Analizar de forma crítica la naturaleza cambiante, los factores clave y los recursos que configuran la salud global para influir en las reformas en materia de salud, bienestar y seguridad social en Las Américas.					
6.5	Contrastar diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejen la naturaleza diversa de los contextos político,					

	organizacional y económico, para utilizar estas experiencias en mejorar el acceso, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud.					
6.6	Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.					
6.7	Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.					
6.8	Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población.					

¡Agradecemos su valiosa participación!

Anexo 4. Carta de solicitud de información

Manizales abril 7 de 2017

Doctor

Secretaria departamental de salud

Asunto: Solicitud de acceso a la base de datos de la planta de persona vinculada a Salud pública

Apreciado doctor,

El portador de esta carta es **xxxxxxxxxxxxx**, identificado con la cc **xxxxxxxxxxxxx**. Él es estudiante de la Maestría en Salud Pública, MSP, de la Universidad Autónoma de Manizales, UAM y está participando en un proyecto multicéntrico de investigación denominado: Correspondencia entre las competencias laborales y las competencias esenciales en salud pública de los profesionales que integran los equipos de salud pública en cinco departamentos de Colombia, 2016-2017.

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

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

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

Atentamente,

Coordinadora académica MSP, UAM

